



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
ÁREA ACADÉMICA DE TRABAJO SOCIAL

EL TRABAJADOR SOCIAL ANTE LA PRESENCIA
DE DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS
EN LA CASA HOGAR FUNDACION
“MARÍA DOMINGUEZ VIUDA DE ÁLVAREZ”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
TRABAJADOR SOCIAL

PRESENTAN:

P.T.S. MARÍA LUISA MINERVA CASTILLO SERRANO
P.T.S. IZMER MARISOL GARCÍA SANCHEZ

L.T.S PATRICIA PINEDA CORTEZ
COORDINADORA DEL ÁREA
ACADÉMIA DE TRABAJO SOCIAL

PACHUCA, HGO., SEPTIEMBRE DEL 2005

EL TRABAJADOR SOCIAL ANTE LA PRESENCIA DE DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES INTERNOS EN LA CASA HOGAR “FUNDACION MARIA DOMINGUEZ VIUDA DE ALVAREZ”

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Justificación	6
1.3 Objetivo general	8
1.3.1 Objetivos específicos.....	8
1.4 Hipótesis.....	9
1.4.1 Identificación de variables.....	10
1.5 Elaboración de los Instrumentos Metodológicos.....	11
1.5.1 Definición del universo de trabajo.....	11
1.5.2 Elaboración de Guía o Instrumento para la obtención de datos.....	11
1.5.2.1 Observación.....	12
1.5.2.2 Entrevista.....	12
1.6 Trabajo de campo.....	13
1.7 Proceso estadístico.....	14
1.7.1 Tabulación de los Datos.....	14
1.8 Presentación de los resultados.....	29

CAPITULO II CASA HOGAR PARA ANCIANOS “FUNDACIÓN MARIA DOMÍNGUEZ VIUDA DE ÁLVAREZ”

2.1 Antecedentes históricos de la institución.....	32
2.2 Objetivo y funciones del patronato.....	33

2.3 Objetivo, estructura y servicios que brinda la institución.....	35
2.4 Objetivos y funciones que brinda el área de trabajado Social en la institución.....	40

CAPITULO III EL ENVEJECIMIENTO DEL HOMBRE, PRODUCTO DE SU EVOLUCION COMO UNIDAD BIO-PSICO-SOCIAL

3.1 El hombre, como unidad bio-psico-social.....	41
3.2 Ciclo de vida del hombre.....	44
3.3 Concepto de envejecimiento.....	46
3.4 Teorías sobre el envejecimiento.....	47
3.5 Cambios estructurales y funcionales en aparatos órganos y sistemas y sus patologías frecuentes.....	49
3.6 Cambios psicológicos en el adulto mayor.....	56
3.7 Cambios sociales a los que se enfrenta el adulto mayor.....	58
3.8 Autopercepción psicológica del adulto mayor.....	62

CAPITULO IV DEPRESION: ASPECTOS GENERALES

4.1 Antecedentes históricos.....	64
4.2 Definición de depresión.....	64
4.3 Concepto de depresión.....	65
4.4 Teorías y modelos sobre la depresión.....	65
4.5 Etiopatogenia de la depresión.....	68
4 6 Síntomas.....	69
4.7 Tipología de la depresión.....	70
4.8 especificaciones para describir el episodio actual o mas reciente en una depresión	75
4.9 Diagnóstico de la depresión.....	77

4.10 Pronóstico de la depresión.....	78
4.11 Tratamiento para la depresión.....	79

CAPITULO V LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

5.1 Síntomas de la depresión en el adulto mayor	89
5.2 Depresión y sistema inmunológico en el adulto mayor.....	89
5.3 Depresión y funcionamiento cognitivo del adulto mayor.....	90
5.4 Factores frecuentes que precipitan la aparición de la depresión en el adulto mayor.....	91
5.5 Alzheimer y depresión	96
5.6 Enfermedad de parkinson y depresión.....	97
5.7 Ataque cerebral y depresión.....	97
5.8 Problemas cardiacos y depresión.....	98
5.9 La habituación, como causa de depresión en el adulto mayor.....	99
5.10 Apatía y depresión en el adulto mayor.....	101
5.11 Angustia y depresión en el adulto mayor.....	101
5.12 Diagnóstico de la depresión en el adulto mayor.....	102
5.13. Pronóstico de la depresión en el adulto mayor.....	103
5.14 Tratamiento de la depresión en el adulto mayor.....	103

CAPITULO VI PROPUESTA DE LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL ANTE LA PRESENCIA DE SISNTOMAS DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE LA CASA HOGAR FUNDACION MARIA DOMINGUEZ VUIDA DE ALVAREZ DE ACUERDO A LA INVESTIGACION REALIZADA

6.1 Investigación.....	105
6.2 Diagnóstico.....	106

6.3 Programación (programa o proyecto).....	107
6.3.1 Denominación del proyecto.....	107
6.3.2 Fundamentación.....	107
6.3.3 Objetivo general.....	109
6.3.4 Objetivos específicos.....	109
6.3.5 Límites.....	109
6.3.6 Tiempo.....	110
6.3.7 Espacio.....	110
6.3.8 Metas.....	110
6.3.9 Actividades.....	111
6.3.10 Recursos.....	112
6.4 Ejecución.....	113
6.4.1 Definición de grupo.....	114
6.4.2 Trabajo social de grupos.....	115
6.4.3 Proceso de grupo.....	115
6.4.3.1 Etapa de formación.....	115
6.4.3.2 Etapa de organización.....	117
6.4.3.3 Etapa de integración.....	119
6.4.3.4 Declinación o muerte del grupo.....	120
6.5 Evaluación.....	120
Conclusiones.....	122
Anexos.....	123
Bibliografía.....	137

INTRODUCCIÓN

La presente investigación referente a depresión en geriatría, se espera sirva como instrumento de conocimiento y concientización ante esta problemática que viven muchos de nuestros adultos mayores, pero que puede ser transformada por medio de la intervención oportuna y del tratamiento adecuado.

La Casa Hogar para Ancianos Fundación Ma. Domínguez Viuda de Álvarez., como institución dedicada a la protección, cuidado y asistencia de los adultos mayores es el escenario en el que nos apoyamos para la realización de esta investigación, con el firme propósito de proponer alternativas para el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros adultos mayores.

Inicialmente se habla acerca del hombre como una unidad bio-psico-social, para posteriormente hacer mención del ciclo de vida del ser humano y así ir dilucidando cómo es que se llega a la senectud, los cambios y modificaciones que sufre el ser humano a través de esta etapa, así como sus patologías frecuentes, las características del medio social en el que se desenvuelve y la percepción que en repetidas ocasiones tiene de sí mismo, lo que a su vez está íntimamente relacionado con los problemas de depresión y que nos permitirán situar las condiciones biológicas, psicológicas y sociales que intervienen en los mismos.

Por consiguiente se habla de las características de la depresión, síntomas, tipología, diagnóstico y pronóstico de la enfermedad y se mencionan de manera general diversos tipos de tratamiento que existen.

Posteriormente se mencionan algunos de los síntomas característicos de la depresión en el adulto mayor, también se agrupan los factores de riesgo frecuentes en el desencadenamiento de esta patología, el diagnóstico, pronóstico y las opciones de tratamiento enfocados en el adulto mayor.

Finalmente se lleva a cabo la aplicación de instrumentos encaminados a la detección de síntomas de depresión en los adultos mayores residentes de la Casa Hogar para ancianos

“Fundación Ma. Domínguez Viuda de Álvarez” así como de aquellos que viven con sus familiares en el municipio de Zapotlán de Juárez Hgo., y posteriormente se dan a conocer los resultados obtenidos de nuestra investigación, y se propone un proyecto dirigido a la población interna con el propósito de participar en la lucha por ofrecerles una vida digna y de calidad a nuestros adultos mayores. Lo cual se lleva a cabo de acuerdo con la metodología y nivel de intervención de nuestra profesión.

CAPITULO I

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

1.1 Planteamiento del problema

El envejecimiento de la población, es uno de los principales problemas a los que deberá enfrentarse el mundo entero en un futuro previsible, ya que debido a la reducción de la natalidad y la mortalidad con el consecuente aumento en la esperanza de vida, gracias al éxito en la investigación médica que ha hecho posible que se produzcan menos muertes prematuras por enfermedades infecciosas, degenerativas e infectocontagiosas, se ha favorecido la transformación en la composición y estructura de la población, propiciando un acelerado envejecimiento de ésta tanto en México como en otros países.

Esto se ve reflejado en la pirámide poblacional, la cual se ha estrechado en su base, debido al control de la natalidad, la atención a la niñez o al bienestar materno infantil y se ha ampliado ligeramente en su cúspide, lo que se debe entre otras razones al éxito en el tratamiento de las enfermedades. Estos cambios constituyen un proceso de transición demográfica que de continuar así, se reflejará en los distintos grupos de edad, pero sobre todo en el grupo de 65 años o más que presentara un ritmo de crecimiento demográfico más dinámico.

En México esta población ha aumentado en números absolutos, es decir, el grupo de 65 años y más que en 1930 representaba 2.6% (3.1 millones) paso a 3.4% en 1970, a 3.7% en 1990, en el 2000 fue 4.9% (4,750,311) y algunas estimaciones hablan de 15.2 millones para el año 2030 y para el 2050 se calcula que este grupo representara el 25% de la población nacional con 32.4 millones.¹

Entre las principales problemáticas a las que se enfrenta la creciente población de adultos mayores, se encuentran aquellas que la misma sociedad considera como inherentes a su edad, es decir, el abandono, la soledad, el maltrato, la decadencia, el aislamiento, la discriminación, el

¹- Escuela Nacional de Trabajo Social-UNAM. " Adultos mayores, revista trimestral ".2003, México. Pág. 66 - 67.

distanciamiento y la falta de solidaridad de la familia, el declive de funciones y pérdida de la salud.

Otros problemas son los que impactan a la sociedad misma, entre los cuales destaca la demanda de servicios eficientes dirigidos a la atención de la salud y la seguridad social para este grupo. En el aspecto económico la marginación en el mercado de trabajo resultante de la competitividad con la población económicamente activa más joven, la pobreza por el decremento en su participación económica, así como la carga que este grupo representa para la población económicamente activa y la creciente demanda de pensiones y jubilaciones que afectan el gasto social y la economía en general.

Lo anterior nos lleva a reflexionar en el impacto que este fenómeno tendrá tanto en el ámbito económico, político, social y de salud, como en el propio adulto mayor, ya que todos estos conflictos pueden desencadenar en él problemas depresivos, los cuales vienen a complicar más su existencia y cuidados y más aún porque esta patología puede pasar inadvertida por los rasgos en común que presenta con el proceso de envejecimiento, por la variación del cuadro clínico o por la complejidad y variación de su etiopatogénia, o bien puede ser diagnosticada inadecuadamente o tratada equivocadamente.

Es decir, con frecuencia se puede observar en el adulto mayor cambios en su estado de ánimo y comportamiento, tales como: tristeza, melancolía, ansiedad, retraimiento, agresividad, apatía, dificultades para expresarse y comunicarse, etc. Los cuales, en la mayoría de las veces, suelen atribuirse como parte del envejecimiento, pero que en muchos casos pueden relacionarse con lo que se denomina estado depresivo, cuando esto sucede el estado general del adulto mayor se ve afectado y además se dificulta la acción de integrarlo a alguna actividad de recreación, socialización, productividad, etc., siendo también posible que la depresión desencadene nuevos padecimientos, agrave los ya existentes o se asocie con estos, lo que hace más difícil el tratamiento y en repetidas ocasiones lo hace fracasar.

Se puede concluir entonces, que ante la existencia de episodios depresivos en el adulto mayor su calidad de vida es por consiguiente afectada y además se dificultan las acciones encaminadas a la proporción de una vida digna y de calidad, además, con el acelerado proceso de

envejecimiento será un reto ofrecerles un buen porvenir tomando en cuenta que este sector de la población es de los grupos humanos con mayor vulnerabilidad.

Y debido a la importancia significativa que ha adquirido este grupo de la población y la situación que se prevé, justifican la participación del Trabajador Social como un profesionalista de las ciencias sociales que mediante metodología científica contribuye al conocimiento de las problemáticas y recursos de la sociedad , a la educación, organización, movilización social y a la planeación y administración de acciones, todo ello con el propósito de lograr cambios que permitan elevar el nivel de vida de la población.

1.2 Justificación

Si bien es cierto que durante el proceso de envejecimiento se dan una serie de cambios a nivel biológico, psicológico y social, que modifican el ritmo y estilo de vida de los adultos mayores, la ancianidad no implica dejar de tener una buena salud mental, ni ser viejo es sinónimo de estar enfermo o de estar necesariamente deprimido, sin embargo no todos los adultos mayores están capacitados para resistir las tensiones físicas, socioeconómicas y psicosociales que intervienen en su funcionamiento y que se hayan operantes en el medio, por eso a unos cuantos años de haber iniciado el nuevo siglo, crece el interés sobre los cambios demográficos que sufre el país y que tendrán implicaciones sobre los problemas de salud presentes y futuros.

El perfil de envejecimiento progresivo de la población mexicana, permite prever que el futuro de las enfermedades crónico degenerativas serán predominantes, lo cual repercutirá en el tipo de servicio de salud que se requerirán.

Así mismo las tasas de desnutrición en México se ubican por debajo del 10% en la población adulta, el sobrepeso y la obesidad rebasan el 40% de ese segmento del conglomerado, la proporción de prevalencia de enfermedades atribuibles a la obesidad es del 61% en la diabetes, 30% en la hipertensión, 17% en la enfermedad coronaria, 30% en la enfermedad de la vejiga, 24% en osteoartritis, 11% de cáncer de mama, 34% cáncer endometrial y 11% de cáncer de colon.

El estrés es la reacción fisiológica y psicológica del organismo a las demandas hechas a él, cantidades mínimas de estrés son una parte inevitable de la vida de cada uno pues la ansiedad promueve nuestra actividad, pero está llegando a considerarse cada día más como factor de agravación de enfermedades tales como la hipertensión, del corazón y las úlceras. Sus síntomas psicológicos más comunes son el nerviosismo, ansiedad, tensión, cólera, irritación y depresión.

El índice para los trastornos afectivos en la ciudad de México es de 9% en la población adulta entre los 18 y 65 años, con un 7.8% correspondiente a episodios depresivos mayores y 2.5% de

mujeres por hombre, distimia 1.5% con un rango similar entre mujeres y hombres, 1.35% de episodios de manía con diferencia similar entre géneros.

Los porcentajes de prevalencia de trastornos de ansiedad resultó un poco menor afectando al 8.3% de la población adulta, siendo la agorafobia sin pánico y la fobia social.

Así mismo los porcentajes de variación más elevados en las tasa de mortalidad por suicidio se observaron en las poblaciones de mayor edad especialmente en hombres con un 169% y en mujeres con un 98%.²

Hay que mencionar que muchas de las patologías mencionadas anteriormente van encaminadas o conllevan a estados de depresión, pero por la semejanza síntomas de éstas algunos médicos no la catalogan como tal si no que tratan a la enfermedad y no a la depresión como debe de ser y por eso en la actualidad hay muchas personas deprimidas pero ni ellas mismas saben en que estado se encuentran.

Por lo que el propósito de esta investigación es aportar datos que sirvan como recordatorio, conocimiento y fuente de reflexión sobre esta problemática que afecta el estado general del selecto y que impide el desarrollo óptimo de sus potencialidades, pero que puede ser atendida por medio de la intervención oportuna y el tratamiento adecuado, sobre todo tomando en cuenta que como Trabajador Social nos interesa, primordialmente la integración del individuo y su medio con la creencia de que cada ser humano debe tener la oportunidad de ejecutar su propio potencial y así lograr su desarrollo integral, así como su participación en la transformación de su realidad circundante para vivir una vida satisfactoria y socialmente deseable.

1.3 Objetivo General

Conocer y analizar los factores biológicos, psicológicos y sociales que inciden en la aparición de la depresión en el adulto mayor y que demeritan su estado general, afectando su calidad de vida.

1.3.1 Objetivos Específicos

1. Conocer los factores de riesgo más frecuentes que desencadenan episodios depresivos en el adulto mayor.
2. Reconocer con más facilidad los síntomas depresivos que se dan con frecuencia en el adulto mayor.
3. Formular un proyecto de atención al adulto mayor con síntomas de depresión.

1.4 Hipótesis

H.1. Los factores que desencadenan síntomas de depresión en el adulto mayor están relacionados con la presencia de enfermedades, con la disminución de la capacidad tanto física como mental, las pérdidas, el deterioro de la imagen de sí mismo y la proximidad de la muerte.

H.2. Hay síntomas de depresión que se dan en el adulto mayor y que se pueden confundir con aspectos de enfermedades propias de la vejez o por los rasgos en común que presenta con el proceso de envejecimiento por lo que no son tratados como debe de ser.

H.3. El retiro del trabajo produce un gran impacto psicológico, llevando muchas veces a graves y progresivos problemas de depresión.

H.4. El abandono del adulto mayor por parte de sus familiares y la falta de alicientes de vida provocan en él, una baja autoestima que lo lleva a un estado de depresión.

H.5. Habrá más síntomas de depresión en el adulto mayor institucionalizado que en el adulto mayor no institucionalizado.

1.4.1 Identificación de variables

H. 1.V. IND. Factores que desencadenan síntomas de depresión en el adulto mayor.

V. DEP. Presencia de enfermedades con la disminución de la capacidad tanto física como mental, las pérdidas, el deterioro de la imagen de si mismo y la proximidad de la muerte.

H. 2.V. IND. Síntomas de depresión que se dan en el adulto mayor.

V. DEP. Se confunden con aspectos de enfermedades propias de la vejez y con rasgos en común con el proceso de envejecimiento, así mismo no son tratados como debe de ser.

H. 3.V. IND. El retiro del trabajo produce un gran impacto psicológico.

V. DEP. Llevando a graves y progresivos problemas de depresión.

H. 4.V. IND. El abandono del adulto mayor y la falta de alicientes de vida.

V. DEP. Provocan en él una autoestima baja que lo lleva a un estado de depresión.

H. 5.V. IND. Mayores síntomas de depresión.

V. DEP. En el adulto mayor institucionalizado que en el adulto mayor no institucionalizado.

1.5 Elaboración de los instrumentos metodológicos

1.5.1 Definición del universo de trabajo

La depresión en el adulto mayor puede no ser detectada por los rasgos en común que presenta con el envejecimiento mismo o con otras enfermedades, por la variación del cuadro clínico, etc., o bien puede ser diagnosticada inadecuadamente o tratada equivocadamente, cuando esto sucede el estado general del adulto mayor se ve afectado, pero esto se puede evitar con la intervención oportuna y el tratamiento adecuado, haciendo conciencia en el equipo de salud así como en su familia de la importancia de su participación para la detección de esta problemática.

El asilo, lugar donde el adulto mayor muchas veces vive los últimos años de su vida, es una institución dedicada a su protección, cuidado y asistencia, pero por bien que estén atendidos la ausencia de familiares, la presencia de enfermedades incapacitantes, el aislamiento social, entre otras cosas provoca en el adulto mayor un estado de ánimo deprimido, lo que dificulta la acción de integrarlo a una actividad de socialización, productividad, etc, pero que sí es posible mediante una intervención oportuna y adecuada.

Para la detección de síntomas de depresión en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados se tomaron de los 35 internos una muestra de 20 adultos mayores y a su vez se tomó una muestra de 20 de 30 adultos mayores externos lo que nos permitió identificar quienes se deprimen más.

1.5.2 Elaboración de guía o instrumento para la obtención de datos

Se llevó a cabo la elaboración y aplicación de un cuestionario con 28 preguntas como medio para obtener información en relación a la detección de síntomas de depresión en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado el cual se anexa al presente.

Para la aplicación del cuestionario se utilizaron las técnicas de la observación y la entrevista estructurada con el fin de detectar síntomas de depresión. Lo anterior con el propósito de elaborar un proyecto de motivación y esparcimiento que permita mejorar el estado de ánimo en el adulto mayor de acuerdo a la metodología de trabajo social.

1.5.2.1 Observación

Desde el punto de vista de las técnicas de investigación es considerada como uno de los procedimientos para la recolección de datos, consiste en utilizar los propios sentidos del investigador para observar los hechos realidades sociales presentes y a la gente en el contexto real en donde desarrollan normalmente sus actividades.

Toda observación contempla cinco elementos fundamentales

1. El sujeto
2. El objeto
3. Los medios
4. Los instrumentos
5. El marco teórico

1.5.2.2 Entrevista

Es uno de los procedimientos más utilizados en Trabajo Social como una técnica profesional para la recopilación de datos y se utiliza también para informar, motivar, educar y orientar de acuerdo al propósito profesional que se persigue y de acuerdo a éste último puede cumplir diferentes funciones, como obtener información de individuos y grupos, facilitar información, etc.

Se pueden distinguir las siguientes modalidades de la entrevista

- Estructurada
- No estructurada
- Focalizada
- Clínica
- No dirigida

1.6 Trabajo de campo

Este se realizó a través de la aplicación de 40 cuestionarios de los cuales 20 se aplicaron a los adultos mayores institucionalizados y 20 a adultos mayores externos, también se llevó a cabo la revisión de los expedientes médicos correspondientes a los internos del asilo, para corroborar sus datos generales e identificar sus patologías, particularmente saber si había casos de depresión diagnosticada. Para lo cual se utilizaron la técnica de la entrevista y la de observación.

El cuestionario está enfocado a detectar síntomas de depresión, mediante preguntas referentes a su estado de ánimo, es decir si se sienten tristes, afligidos, desesperanzados, nerviosos, irritables, con ganas de llorar constantemente, angustiados, desesperados, si sienten miedo de algunas cosas o se sienten apáticos, sin interés en las actividades, si les cuesta trabajo tomar decisiones, si están agotados la mayor parte del tiempo, si tienen alteraciones en el sueño o en su apetito, sensaciones de desmayos o mareos, o que frecuentemente su corazón lata más rápido de lo habitual o que se les dificulte recordar, concentrarse, etc., como se sienten respecto al rol que desempeña en la sociedad y en su familia, es decir si se sienten útiles y valiosos, si creen que le son útiles a su familia, si prefieren vivir con su familia o en una institución, si les gustaría seguir trabajando y salir y convivir con la gente, si sienten culpas respecto a cosas que hicieron o debieron de hacer, si piensan que los están castigando por algo malo que hicieron en el pasado, o les preocupan cosas de su vida de las que se arrepienten y finalmente si creen que vale la pena vivir.

1.7 Proceso estadístico

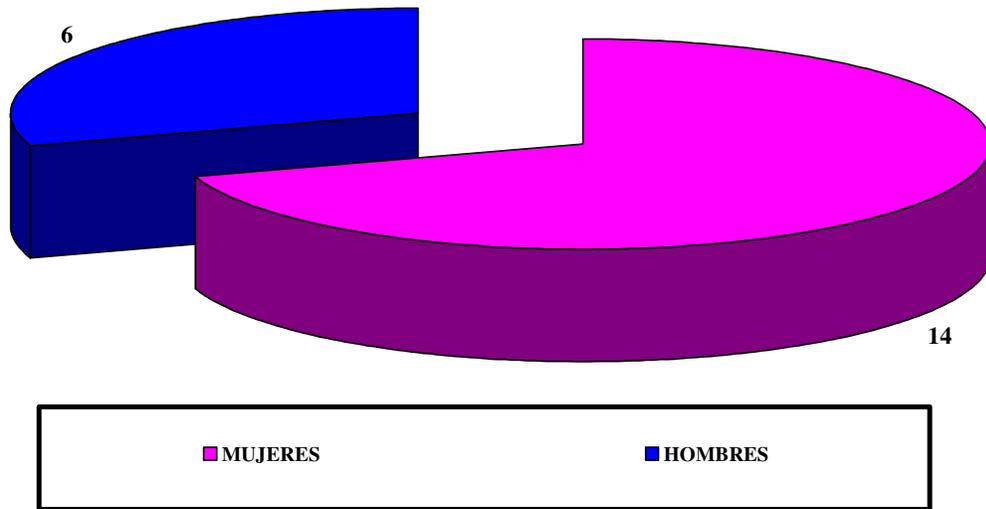
Con la aplicación del cuestionario conformado por 28 preguntas, como instrumento para la recolección de datos mediante la entrevista estructurada, se recopilaron e interpretaron datos referentes a la presencia de síntomas de depresión en el adulto mayor, cubriéndose la muestra propuesta. Los resultados se muestran en las siguientes gráficas. Dicha información se tabuló a través del programa de Microsoft Excel.

En la presente investigación se tomaron los síntomas que de acuerdo a las escalas de detección de depresión del doctor Beck y Hamilton consultadas son representativos de la depresión, para lo cual se utilizó el método cuantitativo y cualitativo con la finalidad de conocer qué tipo de síntomas se presenta más frecuentemente en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado y el número de adultos mayores que lo presentan. Lo anterior nos permite tener un panorama más amplio sobre la problemática de depresión en el adulto mayor.

1.7.1 Tabulación de los datos

Los resultados de la encuesta aplicada se muestran en las siguientes gráficas.

ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS INTITUCIONALIZADOS



Entrevista realizada a los adultos mayores internos en la Casa Hogar “Fundación Ma. Domínguez Viuda de Álvarez

De la muestra conformada por 20 adultos mayores residentes en la casa hogar “Fundación Maria Domínguez Viuda de Álvarez” fueron encuestados a 14 mujeres y 8 hombres

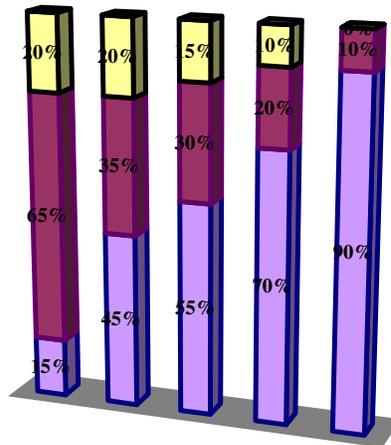
ADULTOS MAYORES ENCUESTADOS NO INSTITUCIONALIZADOS



Entrevista realizada a los adultos mayores residentes en el municipio de Zapotlán de Juárez Hgo.

De la muestra conformada de 20 adultos mayores que viven con sus familiares fueron encuestados 11 hombres y 9 mujeres.

SINTOMAS DE DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS

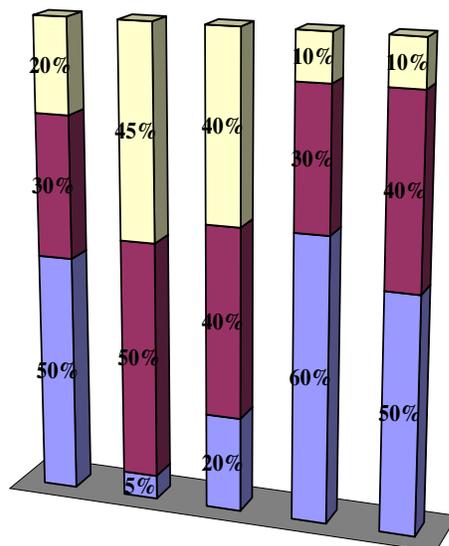


	SE SIENTEN DE BUEN ANIMO	SE SIENTEN TRISTES, AFLIGIDOS, DESESPERANZADOS	SE SIENTEN NERVIOSOS, ANGUSTIADOS, DESESPERADOS	ESTAN MAS IRRITABLES QUE ANTES	SIENTEN MIEDO DE QUE ALGO MALO PUEDA OCURRIRLES
■ A VECES	20%	20%	15%	10%	0%
■ SI	65%	35%	30%	20%	10%
■ NO	15%	45%	55%	70%	90%

Entrevista realizada a los adultos mayores residentes en el municipio de Zapotlán de Juárez Hgo.

Analizando los datos obtenidos del estudio de campo se logro captar que el 65% (13) de 20 adultos mayores encuestados refieren estar de buen animo, mientras que el 20% (4) dijo que a veces no se siente de buen animo y el 15% (3) dijo que no se siente de buen animo. El 45% (9) dijo no sentirse triste, afligido o desesperanzado, el 35% (7) respondió que si y solo el 20% (4) dijo que a veces. Por otra parte el 55% (11) no refirieron sentirse nerviosos o angustiados solo el 30% (6) contesto que si y el 15% (3) que a veces. Mientras que el 70% (14) no refieren irritabilidad, el 20% (4) si lo hace y el 10% (2) refieren sentirse solo a veces irritables. Y finalmente el 90% (18) refiere no sentir miedo de que algo malo pueda ocurrirle y el 10% (2) respondió que si.

SINTOMAS DE DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

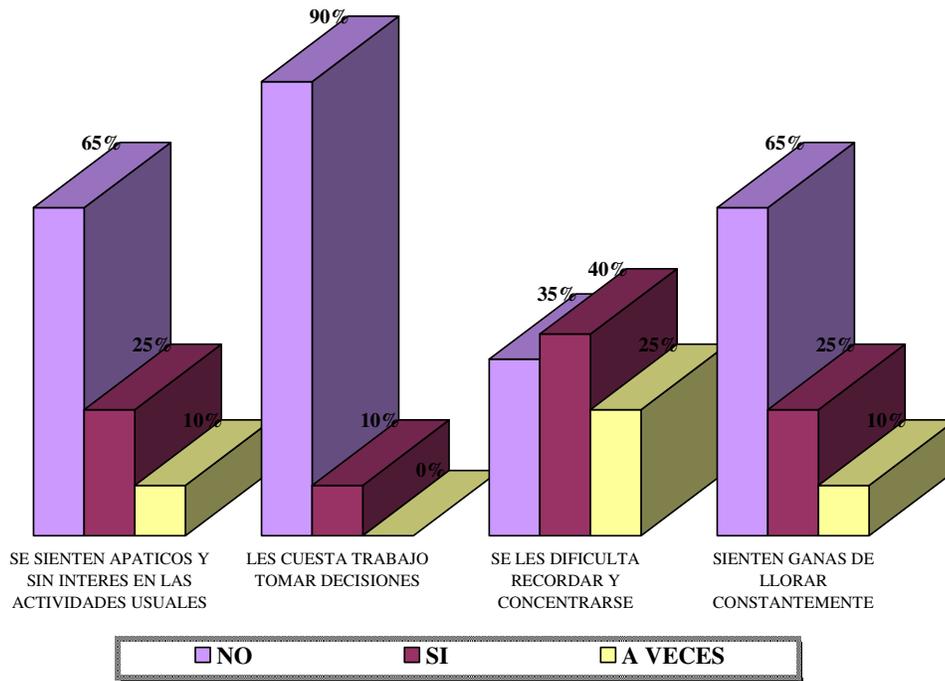


	SE SIENTEN DE BUEN ANIMO	SE SIENTEN TRISTES, AFLIGIDOS, DESESPERANZADOS	SE SIENTEN NERVIOSOS, ANGUSTIADOS, DESESPERADOS	ESTAN MAS IRRITABLES QUE ANTES	SIENTEN MIEDO DE QUE ALGO MALO PUEDA OCURRIRLES
□ A VECES	20%	45%	40%	10%	10%
■ SI	30%	50%	40%	30%	40%
■ NO	50%	5%	20%	60%	50%

Entrevista realizada a los adultos mayores internos en la Casa Hogar “Fundación
Ma. Domínguez Viuda de Álvarez

Analizando los datos obtenidos del estudio de campo se logró captar que el 30% (6) de 20 adultos mayores encuestados refieren estar de buen ánimo, mientras que el 20% (4) dijo que a veces no se siente de buen ánimo y el 50% (10) dijo que no se siente de buen ánimo. El 5% (1) dijo no sentirse triste, afligido o desesperanzado, el 50% (10) respondió que sí y solo el 45% (9) dijo que a veces. Por otra parte el 20% (4) no refirieron sentirse nerviosos o angustiados solo el 40% (8) contestó que sí y el 40% (8) que a veces. Mientras que el 60% (12) no refieren irritabilidad, el 30% (6) sí lo hace y el 10% (2) refieren sentirse solo a veces irritables. Y finalmente el 50% (10) refiere no sentir miedo de que algo malo pueda ocurrirle, el 40% (8) respondió que sí y el 10% (2) dijo que a veces.

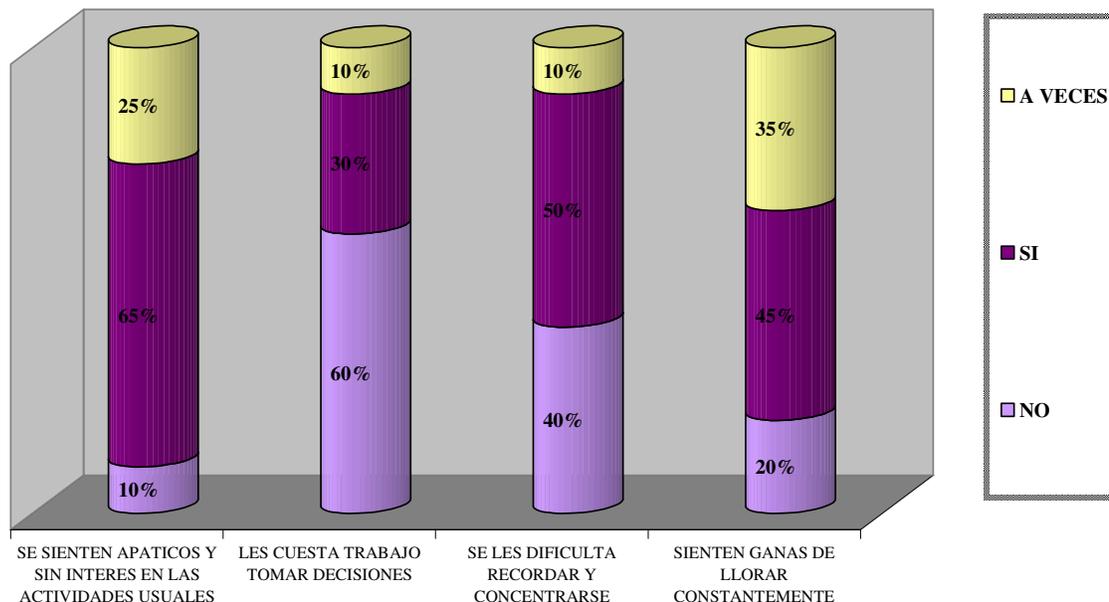
SINTOMAS DE DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS



Entrevista realizada a los adultos mayores residentes en el municipio de Zapotlán de Juárez Hgo.

En la presente grafica podemos observar el 65% (13) de los adultos mayores encuestados no se sienten apáticos o sin interés en las actividades usuales, el 25% (5) si y el 10% (2) a veces. Al 90% (18) les cuesta trabajo tomar decisiones, y solo al 10% (2) no. Al 40% (8) también se les dificulta recordar y concentrarse, al 35% (7) no y al 25% (5) a veces. Por último el 65% (13) no refieren sentir ganas de llorar constantemente, mientras que el 25% (5) dijo que si y el 10% (2) dijo que a veces.

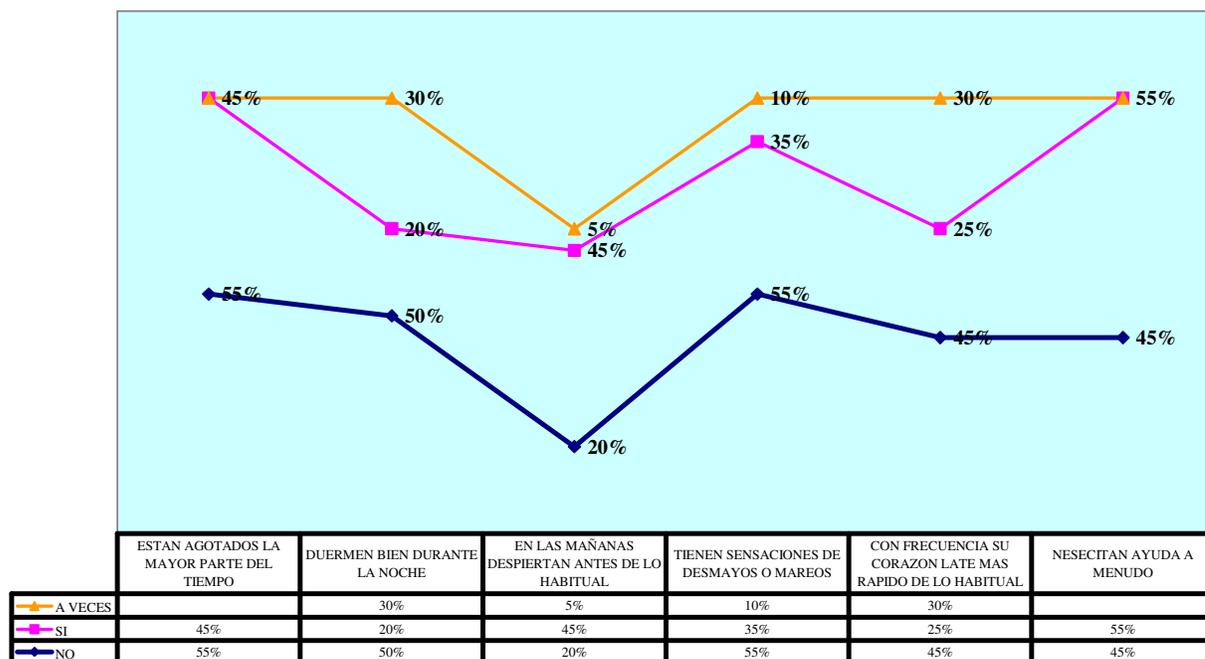
SINTOMAS DE DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS



Entrevista realizada a los adultos mayores internos en la Casa Hogar “Fundación Ma. Domínguez Viuda de Álvarez

En la presente grafica podemos observar el 10% (2) de los adultos mayores encuestados no se sienten apáticos o sin interés en las actividades usuales, el 65% (13) si y el 25% (5) a veces. Al 30% (6) les cuesta trabajo tomar decisiones, al 60% (12) no y solo al 10% (2) a veces. Al 50% (10) también se les dificulta recordar y concentrarse, al 40% (8) no y al 10% (2) a veces. Por último el 20% (4) no refieren sentir ganas de llorar constantemente, mientras que el 45% (9) dijo que si y el 35% (7) dijo que a veces.

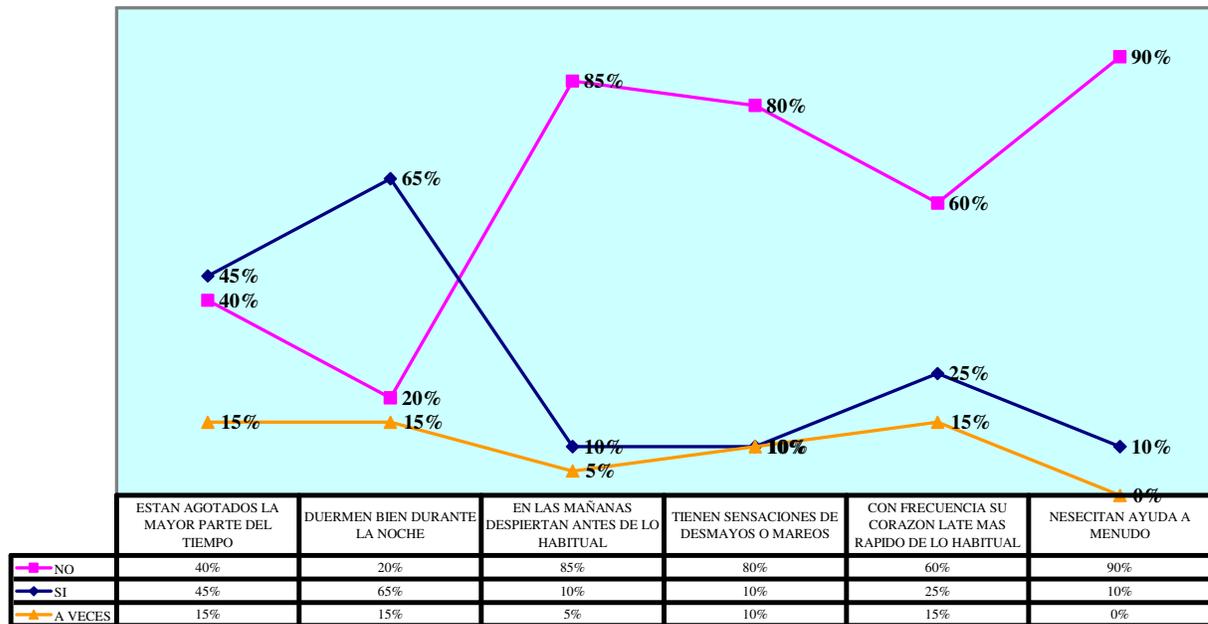
SINTOMAS DE DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS



Entrevista realizada a los adultos mayores internos en la Casa Hogar “Fundación Ma. Domínguez Viuda de Álvarez

Así mismo se les cuestiono a los adultos mayores sobre si se sentían agotados la mayor parte del tiempo respondiendo al 45% (9) que si, el 55% (11) que no. Si dormían bien durante la noche el 20% (4) dijo que si, el 50% (10) que no y el 30% (6) que a veces no. También se les pregunto si en las mañanas despertaban antes de la habitual el 50% (10) dijo que no, el 9% (45) dijo que si y el 5% (1) dijo que a veces si. Además el 55% (11) refirieron no tener sensaciones de desmayos o mareos, el 35% (7) si y el otro 10% (2) a veces. El 45% (9) negó que su corazón latiera mas rápido de lo habitual, el 25% (5) dijo que si y el 30% (6) que a veces. El 45% (9) son independientes y el 55% (11) necesitan ayuda a menudo.

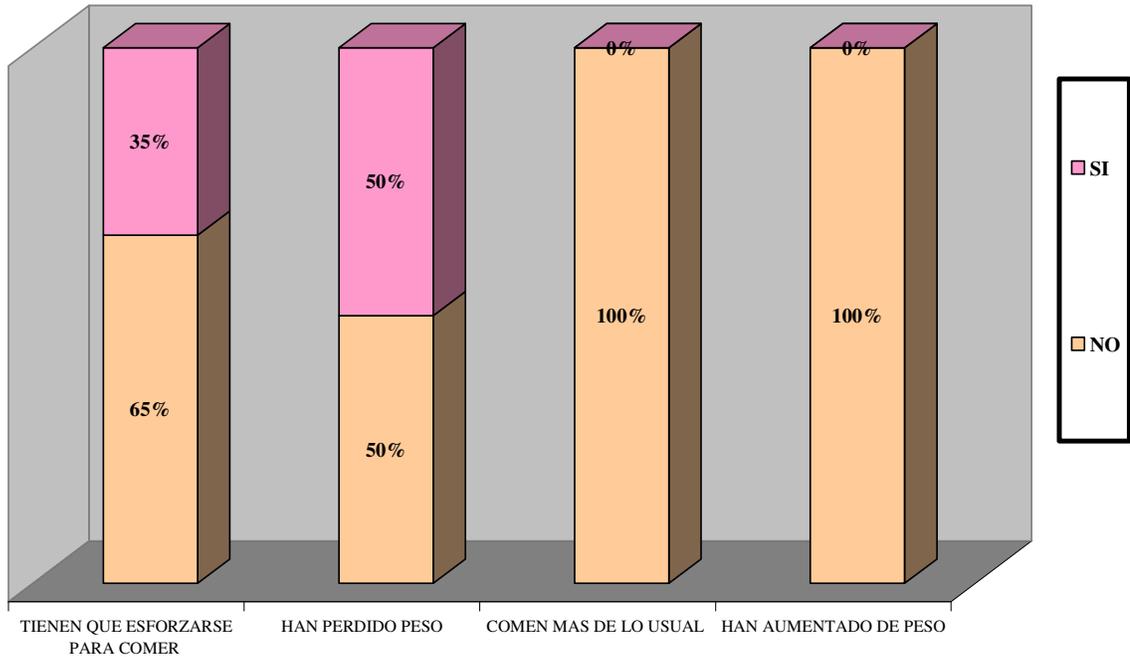
SINTOMAS DE DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS



Entrevista realizada a los adultos mayores residentes en el municipio de Zapotlán de Juárez Hgo.

Así mismo se les cuestiono a los adultos mayores sobre si se sentían agotados la mayor parte del tiempo respondiendo al 45% (9) que si, el 40% (8) que no y el 15% (3) que a veces. Si dormían bien durante la noche el 65% (13) dijo que si, el 20% (4) que no y el 15% (3) que a veces no. También se les pregunto si en las mañanas despertaban antes de la habitual el 85% (17) dijo que no, el 10% (2) dijo que si y el 5% (1) dijo que a veces si. Además el 80% (16) refirieron no tener sensaciones de desmayos o mareos, el 10% (2) si y el otro 10% (2) a veces. El 60% (12) negó que su corazón latiera mas rápido de lo habitual, el 25% (5) dijo que si y el 15% (3) que a veces. El 90% (18) son independientes y el 10% (2) necesitan ayuda a menudo.

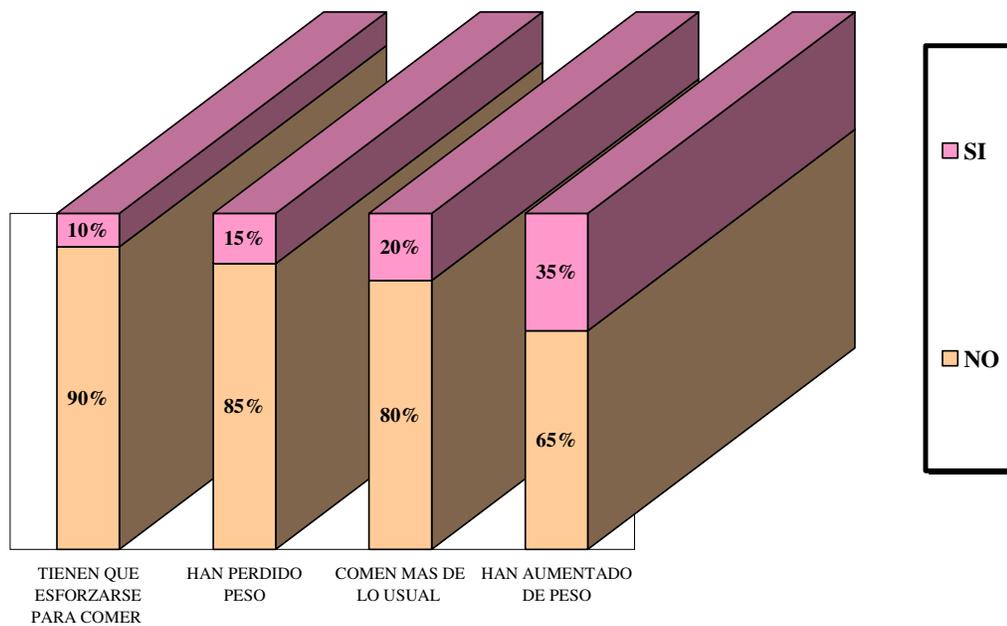
**SINTOMAS DE DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS**



Entrevista realizada a los adultos mayores internos en la Casa Hogar “Fundación
Ma. Domínguez Viuda de Álvarez

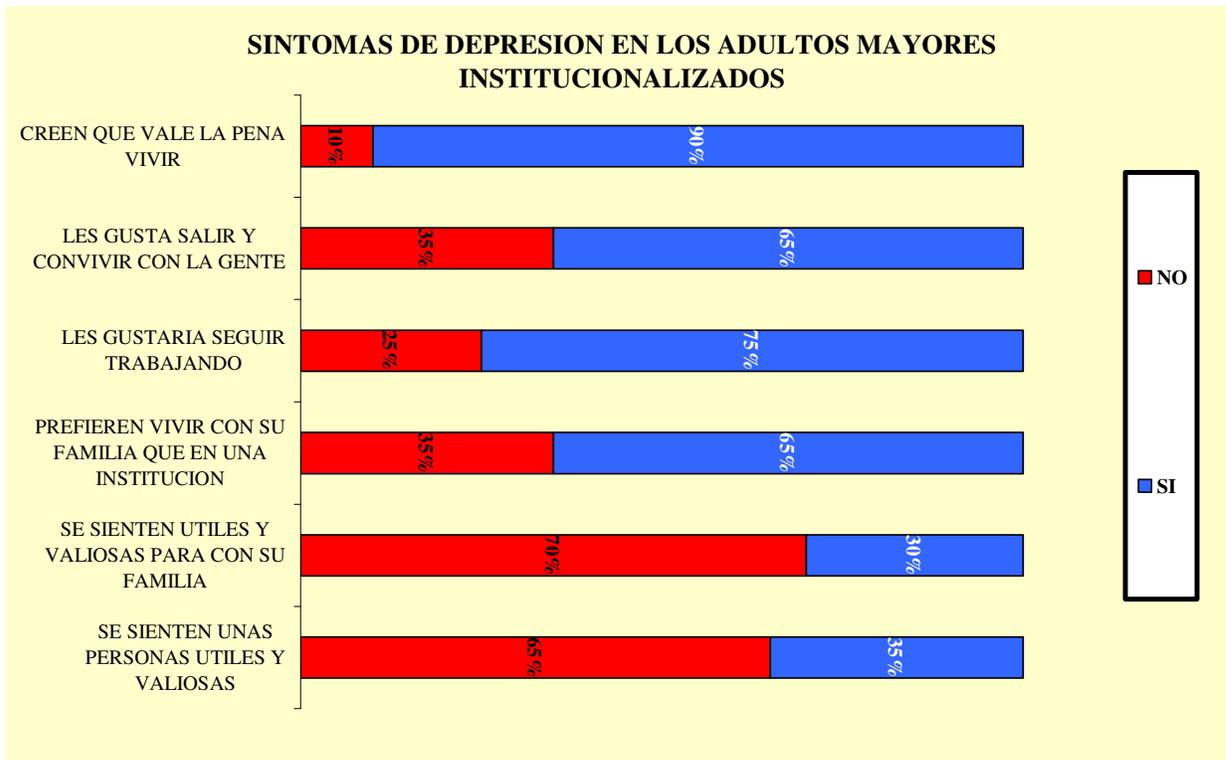
En esta grafica se observa que el 65% (13) de los adultos mayores no tienen que esforzarse para comer y el 35% (7) si lo hace. El 50% (10) refieren que no han perdido peso y el otro 50% (10) dicen que si. Nadie come mas de lo usual 100% (20) y tampoco han aumentado de peso 100% (20).

SINTOMAS DE DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS



Entrevista realizada a los adultos mayores residentes en el municipio de Zapotlán de Juárez Hgo.

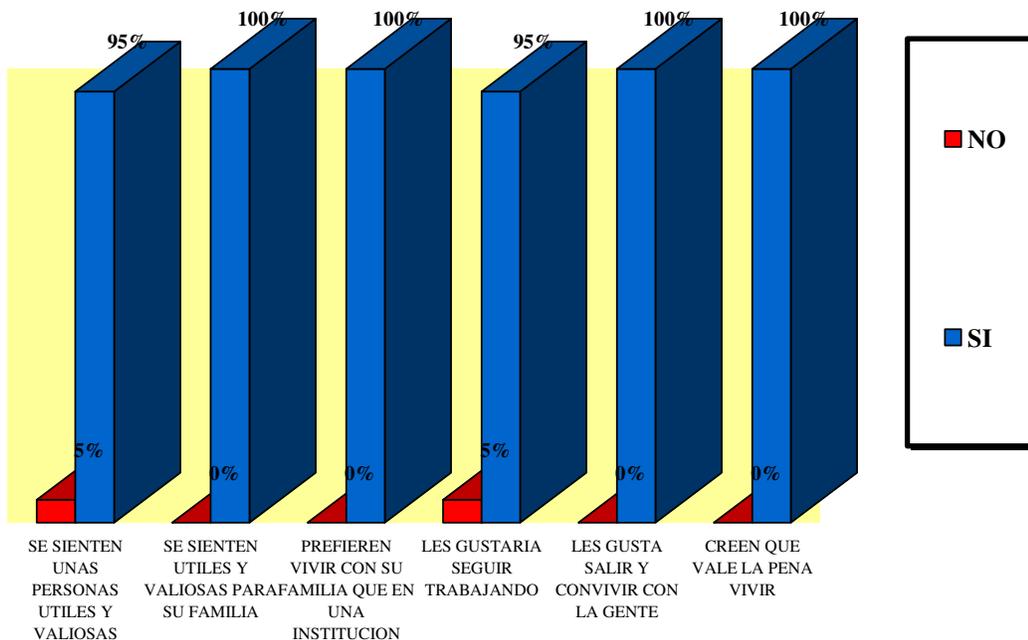
En esta grafica se observa que el 90% (18) de los adultos mayores no tienen que esforzarse para comer y el 10% (2) si lo hace. El 85% (17) refieren que no han perdido peso y el otro 15% (3) dicen que si. El 80% (16) no comen mas de lo usual y el 20% (4) si. Y el 65% (13) no han aumentado de peso, y el 35% (7) si.



Entrevista realizada a los adultos mayores internos en la Casa Hogar “Fundación Ma. Domínguez Viuda de Álvarez

De acuerdo a su autoestima el 65% (13) dicen no sentirse unas personas útiles y valiosas, el 35% (7) dijo que si. El 70% (14) por consiguiente dijo no sentirse útiles para su familia y el 30% (6) dijo que si. El 65% (13) prefiere vivir con su familia, el 35% (7) dijo que no. Al 75% (15) le gustaría seguir trabajando, al 25% (5) no. Al 65% (13) le gusta salir y convivir con la gente, al 35% (7) no. Y por último el 90% (18) creen que vale la pena vivir, el 10% (2) no.

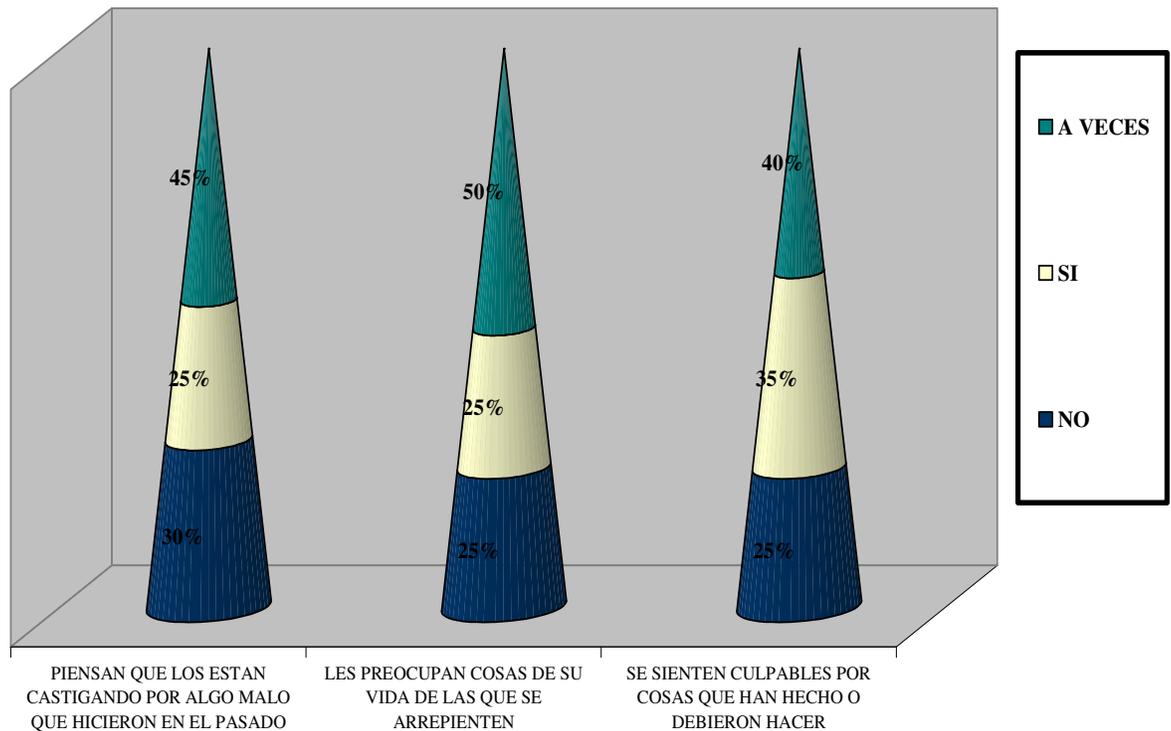
SINTOMAS DE DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS



Entrevista realizada a los adultos mayores residentes en el municipio de Zapotlán de Juárez Hgo.

De acuerdo a su autoestima el 5% (1) dicen no sentirse unas personas útiles y valiosas, el 95% (19) dijo que si. El 100% (20) por consiguiente dijeron sentirse útiles para su familia. El 100% (20) prefieren vivir con su familia. Al 95% (19) le gustaría seguir trabajando y al 5% (1) no. Al 100% (20) le gusta salir y convivir con la gente. Y por último el 100% (20) creen que vale la pena vivir.

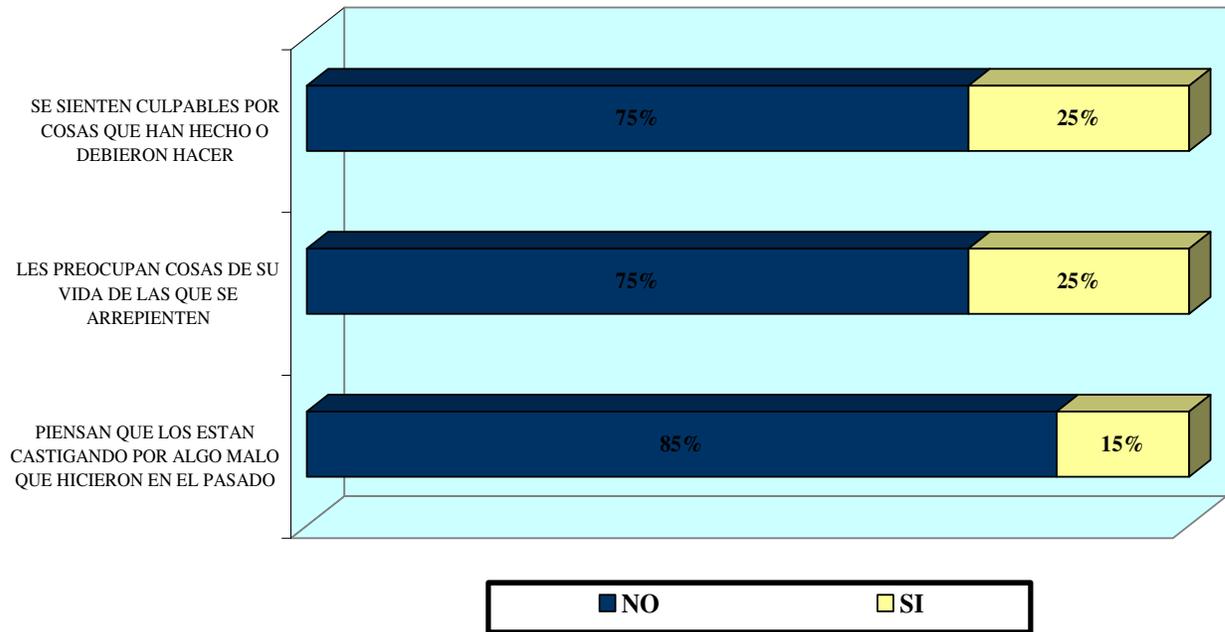
SINTOMAS DE DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS



Entrevista realizada a los adultos mayores internos en la Casa Hogar “Fundación
Ma. Domínguez Viuda de Álvarez

El 45% (9) de los adultos mayores a veces piensan que los están castigando por algo malo que hicieron en el pasado, el 30% (6) no lo hace y el 25% (5) dijo que si. Así mismo el 50% (10) a veces les preocupan cosas de su vida de las que se arrepienten, al 25% (5) no les preocupan y al 25% (5) si. Además el 40% (8) a veces se sienten culpables por cosas que han hecho o debieron de hacer, el 25% (5) dijo que no y el 35% (7) dijo que si.

SINTOMAS DE DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADOS



Entrevista realizada a los adultos mayores residentes en el municipio de Zapotlán de Juárez Hgo.

El 15% (3) de los adultos mayores piensan que los están castigando por algo malo que hicieron en el pasado, mientras que el 85% (15) no. Así mismo el 25% (5) les preocupan cosas de su vida de las que se arrepienten y al 75% (15) no les preocupan. Además al 25% (5) se sienten culpables por cosas que han hecho o debieron de hacer y al 75% (15) dijo que no.

1.8 Presentación de los resultados

De acuerdo a la encuesta aplicada a 40 adultos mayores de los cuales 20 son residentes de la Casa Hogar para ancianos y 20 originarios del municipio de Zapotlán de Juárez, se detecto que la mayoría de los adultos mayores institucionalizados presentaron más síntomas de depresión que los no institucionalizados, al referir el 50% no sentirse de buen animo, mencionando sentirse tristes, afligidos o desesperanzados, además el 40% dijeron sentirse nerviosos y angustiados, el 60% refieren irritabilidad y el 40% respondieron sentir miedo de que algo malo pueda ocurrirles, el 45% refirieron sentirse agotados la mayor parte del tiempo, el 50% dijeron que no duermen bien en la noche, el 35% dijeron tener sensaciones de desmayos o mareos, el 25% dijeron que sentían que su corazón latía mas rápido de lo habitual, el 35% tienen que esforzarse para comer, el 50% han perdido peso, el 65% no se sienten personas útiles y valiosas, por consiguiente el 70% dijeron no sentirse útiles para con su familia, aun que el 65% prefieren vivir con ella, al 35% no les gusta salir y convivir con la gente, el 45% de los adultos mayores a veces piensan que los están castigando por algo malo que hicieron en el pasado, así mismo el 50% a veces les preocupan constantemente cosas de su vida de las que se arrepienten, además el 40% también tiende a veces a sentir culpa por las cosa que han hecho o debieron hacer y no lo hicieron, además el 65% se sienten apáticos y sin interés en las actividades usuales, al 30% les cuesta trabajo tomar decisiones, al 50% también se les dificulta recordar y concentrarse, mientras que el 45% refieren sentir ganas de llorar constantemente y por último solo el 10% están esperando que su muerte llegue pronto, el otro 90% mencionan que solamente dios puede decidir el momento de su muerte y mientras tanto se resignan a seguir viviendo.

De acuerdo a la revisión de los expedientes médicos de los adultos mayores residentes de la casa hogar, se obtuvieron datos acerca de las patologías mas frecuentes, entre las que se pueden mencionar la diabetes melitus, las cardiopatías, el accidente cerebro vascular, la hipertrofia prostática, cataratas, osteoporosis, hipertensión arterial, estreñimiento, demencia senil, asma, artritis reumatoide, parkinson, arterosclerosis, disminución visual y auditiva, entre otras y seis casos detectados de depresión.

Por el contrario de los adultos mayores que viven con su familia el 65% refieren estar de buen animo, el 45% negaron sentirse tristes, afligidos o desesperanzados, el 55% también negaron sentirse nerviosos o angustiados, el 70% tampoco refieren irritabilidad y el 90% no sienten miedo de que algo malo pueda ocurrirles, el 85% tampoco piensan que los estén castigando por algo malo que hicieron y al 75% no les preocupan cosas de su vida de las que se arrepientan, ni se sienten culpables por cosas que han hecho o debieron de hacer, el 95% se sienten personas útiles y valiosas, y el 100% dijeron sentirse útiles para su familia, así mismo prefieren vivir con su familia, además el 95% siguen trabajando y les gusta hacerlo, al 100% les gusta salir y convivir con la gente, además el 90% tienen buen apetito, el 85% no han perdido peso, el 40% mencionaron no sentirse agotados la mayor parte del tiempo, el 65% duermen bien, el 85% no despiertan antes de lo habitual, además el 80% negaron tener sensaciones de desmayos o mareos, el 60% también negaron sentir que su corazón latiera más de lo habitual, el 90% son independientes, solo el 25% se sienten apáticos y sin interés en las actividades usuales y al 10% se les dificulta tomar decisiones, al 25% a veces se les dificulta recordar y concentrarse y el 65% no refieren ganas de llorar constantemente y por ultimo todo lo contrario de los institucionalizados el 100% creen que vale la pena vivir.

De acuerdo a lo anterior pudimos confirmar que el adulto mayor que se encuentra interno en una institución, al sentir la ausencia de sus familiares, la presencia de enfermedades que lo hacen dependiente, que por consiguiente producen en el un deterioro de la imagen de sí mismo y pérdida de autoestima, así como el retiro del trabajo y falta de socialización y participación social, son factores que desencadenan síntomas de depresión en él, ya que se pudo observar que tienen muy poca actividad física, de esparcimiento o recreación y además ellos mismos expresan su incomodidad por no poder ya hacer las cosas que hacían antes como el hecho de trabajar y su desaliento por no recibir visitas de sus familiares o por lo menos no tan frecuentemente como ellos quisieran.

Así mismo se reafirmó el hecho de que el adulto mayor que vive con su familia y recibe de ésta su solidaridad y cariño, en su mayoría no tiende a presentar síntomas de depresión, además de que siguen desempeñando alguna actividad que les distrae y los hace sentirse útiles y aunque la

mayoría tiene algún padecimiento propio de su edad el apoyo y compañía de sus familiares y amigos, así como el hecho de que estar en contacto más directo con la sociedad refuerza su autoestima.

Con esto no queremos decir que en algún momento no puedan llegar a deprimirse, pero con estos elementos a favor las probabilidades se reducen.

CAPITULO II CASA HOGAR PARA ANCIANOS “FUNDACIÓN MARIA DOMÍNGUEZ VIUDA DE ALVAREZ”

2.1 Antecedentes históricos

El día 1º de Agosto del año 2005, la Casa Hogar para Ancianos Fundación Maria Domínguez Viuda De Álvarez, ubicada en Pachuca Hidalgo cumplió 60 años de servicio en beneficio de los adultos mayores de nuestro estado, siendo la primera que se fundó en esta ciudad. En el lugar donde actualmente se encuentra la Fundación, estuvieron localizados los lavaderos públicos, posteriormente el gobierno del estado cedió dichos terrenos a la Junta General de Asistencia del Estado de Hidalgo y junto con la generosidad de la señora Maria Domínguez Viuda de Álvarez, quien en el año de 1939 por disposición testamentaria donó sus bienes para crear la fundación de beneficencia privada que llevaría su nombre, la cual estaría administrada por un patronato teniendo como objetivo principal la construcción y sostenimiento de una casa hogar para ancianos de ambos sexos, de bajos recursos económicos, donde se les proporcionara habitación, alimentación, atención médica y todas las comodidades que fueran posible dentro de su presupuesto.

El edificio inicio su construcción durante el periodo de gobierno del C. Lugo Guerrero, siendo concluidas dichas obras por el C. Gobernador Constitucional del Estado; Lic. Vicente Aguirre, inaugurándose el día 1º de agosto de 1945.

De 1945 a julio de 1946 estuvo administrado por un primer patronato a cargo del personal seglar, y a partir de esta fecha por un segundo patronato a cargo de las Hijas de la Caridad de María Inmaculada. En 1953 la patrona titular de la Fundación fue la Señora Martha Hosking, al fallecer ésta en el año de 1966 y no habiendo dejado sucesora, su hija la Señora Martha Hosking de Herrera procedió a entregar la administración a la H. Junta General de Asistencia, en el año de 1980, siendo directora de la Casa Hogar sor Consuelo Méndez Rodríguez y un grupo de personas, promovieron para que esta volviera a ser administrado por un patronato para seguir cumpliendo lo dispuesto por la Señora Maria Domínguez Viuda de Álvarez, y el 26 de Septiembre de 1983 se forma un nuevo patronato.

Esta institución fue creada y adaptada para un cupo de 35 adultos mayores, la señora Julia Paredes de 90 años de edad, originaria del Real del Monte Hidalgo, fue la primera persona que ingreso a la casa hogar.

Actualmente se atienden a un promedio de 35 adultos mayores.

La legalización del inmueble que ha ocupado el asilo se llevó a cabo gracias a la intervención del Lic. Gualberto Reyes que pertenece al patronato ya que con motivo del 50° aniversario de la institución, se invito al Gobernador Lic. Jesús Murillo Karam y en esta ocasión al ver la obra que se estaba realizando, dijo que quería ayudar preguntando que les hacia falta y fue cuando se dijo que para tranquilidad de los adultos mayores se necesitaba la legalización por escrito del inmueble, por lo que el 15 de junio de 1998 se publicó en el Diario Oficial del Estado, el decreto donde se autoriza a el director de la Junta de Asistencia, hacer la donación honrosa del citado inmueble y el 13 de noviembre del mismo año se elaboró la escritura.

2.2 Objetivo y funciones del patronato

Administrar y salvaguardar los bienes de la fundación de beneficencia privada Maria Domínguez Viuda de Álvarez para el sostenimiento de los internos albergados en esta institución.³

Los miembros que integran el patronato son 16 y a continuación se citan sus nombres.

Sr. Nicolás Gil Ochagavia	Presidente
Lic. Javier Reverted Rabling	Vicepresidente
Sr. Servando Conde Gómez	Secretario
Sr. Alejandro Díaz Barroso	Secretario sustituto
L.E.A. Martín Peláez Islas	Tesorero
Sr. Pedro Telleria Armendáriz	Tesorero sustituto
Lic. Herlinda Baltierra Espinola	Segunda vocal

³ Archivo de la Casa Hogar "Fundación Maria Domínguez Viuda de Alvarez"

Lic. Gualberto Reyes García	Tercer vocal
Sr. Jorge Conde Gómez	Cuarto vocal
Sr. Vito Alesio Aguirre	Quinto vocal
Dr. Rafael Roberto Hinojosa Villalva	Miembro activo
C.P. Alejandro Larrea Canales	Miembro activo
Ing. Francisco Tellería Calvo	Miembro activo
Lic. Julio Ramón Menchaca Salazar	Miembro activo
Srita. María Guadalupe Arriaga Alarcón	Miembro activo
Sr. Patricio Arriaga Alarcón	Miembro activo

Sus funciones están basadas en el acta de protocolización de los estatutos de dicha fundación como son:

Presidente y Vicepresidente: Asesorar el funcionamiento de cada una de las partes integrantes del patronato, así como el funcionamiento del asilo.

Secretario y Secretario Substituto: Llevar registro en los libros de actas, contestar la correspondencia, hacer citatorios y notificaciones.

Tesorero y Tesorero sustituto: Recibir documentos, elaborar contratos, recibos de cobro, rentas y donativos.

Vocales: Auxiliar y suplir en sus funciones a los directivos.

Miembros activos: Auxiliar y suplir en sus funciones a los directivos.⁴

⁴ Op. Cit. Archivo de la Casa Hogar.

2.3 Objetivo, estructura y servicios que brinda la institución

Objetivo

Brindar a los adultos mayores una atención Bio-psico-social, diseñando programas específicos que consisten primordialmente en la prevención y mejoría de la salud mental, mediante el desarrollo de actividades recreativas y físicas y favorecer la conservación de su posición social e integración familiar.⁵

Estructura

La institución es privada, el edificio de dos plantas, se encuentra ubicado en una zona residencial de primera con frente a dos calles, Parque Hidalgo No. 132 y Allende No. 927, con fachada regular, pintado de color melón con una reja negra, cabe mencionar que actualmente se le están haciendo remodelaciones al inmueble y la estructura que se menciona a continuación pertenece a como se encontraba anteriormente.

En la planta baja se cuenta con los siguientes apartados:

Una cocina

Cuatro salas para asilados

Un consultorio médico

Una capilla y anexo

Un comedor para el personal religioso

Dos comedores para mujeres

Seis baños completos

Dos patios con jardín

Una bodega

Un recibidor

⁵ IDEM

En la planta alta se cuenta con los siguientes apartados:

Una oficina general

Una sala de juntas

Una sala para hombres

Un dormitorio para el personal religioso

Dos baños para el personal religioso

Una cocineta

Una lavandería

Un patio

Una terraza

Un comedor para hombres

Una ropería

Servicios que brinda

Proporcionar atención médica asistencial a las personas que conforman nuestra población adulta mayor.

Brindar una atención bio-psico-social diseñando programas específicos que consisten primordialmente en la prevención y mejoría de la salud mental

Suministrar una dieta adecuada a cada uno de los miembros de la Casa Hogar y facilitar una atención externa de la alimentación en algunos casos.

Contar con un reglamento para que puedan ingresar a esta institución, hacerlo valer, de carácter obligatorio tanto para el adulto mayor, familiares y personal responsable de la institución.

Ver que los familiares que tengan medios económicos para aportar una cuota de recuperación mensual la den, para lo cual la trabajadora social realizara un estudio socio-económico.

El adulto mayor que ingrese a esta institución estará a prueba durante un mes en caso de que no se adapte a vivir en comunidad y cause problemas, será regresado a sus familiares que queden como responsables del mismo.

La institución le proporcionara asistencia médica y en caso que requiera atención especial el interno será canalizado a un centro hospitalario para su tratamiento, salvo que tenga familiares serán por su cuenta todos los gastos que estos ocasionen.

Para la atención del adulto mayor, se cuenta con el siguiente personal

Personal religioso. Es el encargado de supervisar al personal que atiende a los adultos mayores así como del cuidado del aseo de la institución.

Personal médico. Su función es la de proporcionar atención a los Adultos mayores, satisfaciendo sus necesidades de salud, para eso el servicio cuenta con dos médicos especialistas en el área de geriatría los cuales acuden únicamente cuando son requeridos.

Auxiliares de enfermería. Sus funciones son administrar los medicamentos de los 3 turnos matutino, vespertino y nocturno, así como aplicar inyecciones y curaciones, vigilar la dieta de los ancianos, anotar en los expedientes clínicos reportes acerca del paciente y en general proporcionarle los cuidados.

Personal de trabajo social. Promueve y desarrolla planes y programas para que el adulto mayor tenga una mejor calidad de vida y mayor integración familiar a través de la formación de grupos para promover y orientar acerca de las necesidades y carencias que el adulto mayor tiene durante su estancia en la institución. Al mismo tiempo procura mejorar el bienestar del adulto mayor en su aspecto bio-psico-social, conociendo la problemática que afecta a cada uno de ellos para que de acuerdo a su conocimiento se le pueda ofrecer la mejor solución.

Secretaria. Es responsable del cobro de cuotas de recuperación de los internos, de la rentas de los inmuebles y del pago del personal que labora en esta institución. Así mismo se hace cargo de llevar a cabo la contabilidad de los ingresos de la institución.

Personal de intendencia. Se cuenta con 12 personas y son las que se encargan de mantener limpios todos los objetos personales del adulto mayor así como la institución.

El reglamento y los requisitos para solicitar el servicio son:

- 1.- Tener 60 años cumplidos
- 2.- No tener alguna enfermedad física o mental
- 3.- Estar de acuerdo en ingresar a la institución
- 4.- Aceptar el reglamento que rige la institución
- 5.- Presentar un certificado médico
- 6.- Presentar acta de nacimiento o algún documento que compruebe su edad
- 7.- Dos fotografías tamaño infantil⁶

Así mismo se les notifica a los familiares de los internos el reglamento de la institución el cual consta de 14 apartados y son:

- 1.- Con el fin de favorecer las relaciones sociales del anciano los días de visita establecidos por la institución son: martes, jueves, sábado y domingo.
- 2.- El horario es de 10:00 a 12:00 hrs y de 14:00 a 16:00 hrs, los familiares y visitantes deberán sujetarse a este horario.
- 3.- La visita se realizara en el recibidor, patio o estancias asignadas en cada área, no se permite pasar al interior de los dormitorios solamente en caso de enfermedad se permite el acceso al mismo.

⁶ IDEM

- 4.- Los familiares adquieren el compromiso de efectuar visitas periódicas por lo menos dos veces al mes.
- 5.- Se recomienda no platicarles problemas que alteren su estado emocional.
- 6.- Se prohíbe traer medicamentos que no estén prescritos por el médico tratante o alimentos que afecten su salud.
- 7.- No traer objetos de valor, ya que la institución no se hará responsable de cualquier pérdida.
- 8.- Si desea llevarse a su familiar fuera de la institución, deberá solicitar la autorización de salida.
- 9.- Se prohíbe llevarse pertenencias del adulto mayor o de la institución sin autorización.
- 10.- Para trámites de solicitud de ingreso, permiso temporal, autorización de salida, pase de visita y egreso, deberá acudir al servicio de trabajo social.
- 11.- El pago de cuotas de cooperación o cualquier adeudo deberá cubrirse en la oficina de esta institución, de lunes a viernes de 10:00 a.m. a 16:00 p.m. para entregarles el recibo correspondiente.
- 12.- Para solicitar información acerca del estado de salud o comportamiento del interno, dirigirse con el personal religioso, médico y de trabajo social.
- 13.- En caso de traer algún obsequio como: alimentos, medicamentos, ropa, etc., entregarlo al personal religioso o de trabajo social.
- 14.- Agradecemos su colaboración para el buen orden de la institución.⁷

⁷ IDEM

2.4 Objetivos y funciones que brinda el área de Trabajo Social en la institución

Objetivos

Procurar el bienestar del adulto mayor en su aspecto bio-psico-social. Lograr una adecuada coordinación con las autoridades de la institución, para obtener una mayor eficacia en las actividades a desarrollar en beneficio del adulto mayor.

Conocer la problemática del adulto mayor para que se le pueda ofrecer las mejores soluciones.

Despertar el interés de la sociedad en los problemas que aquejan al adulto mayor.⁸

Funciones

El campo de trabajo Social es asistencial, los niveles de intervención que se utilizan son: trabajo social de casos y trabajo social de grupos, las técnicas más utilizadas son la observación y la entrevista.

Proporcionar atención integral a los residentes, mediante acciones institucionales y otras conjuntamente con la familia y la sociedad.

Realización de una historia social que pueda llevar a diferentes objetivos como son entre otros establecer cuotas, detectar las necesidades y ofrecer los servicios, entrevistas de apoyo, sensibilización y canalización.

Con la familia del adulto mayor el trabajo es a través de la formación de grupos para promover la información y orientación de las necesidades y carencias que el anciano tiene durante su estancia en la institución. Al mismo tiempo se forman grupos de adultos mayores para realizar actividades de ludoterapia, talleres de manualidades, y así mismo se realizan pláticas educativas para su salud.

⁸ IDEM

CAPITULO III EL ENVEJECIMIENTO DEL HOMBRE PRODUCTO DE SU EVOLUCION, COMO UNIDAD BIO-PSICO-SOCIAL

3.1 El hombre como unidad bio-psico-social

Para poder estudiar al hombre y las situaciones problemáticas por las que atraviesa a lo largo de su vida, siendo en este caso cuando llega a la vejez, es necesario tomar en consideración tres aspectos fundamentales:

- Biológico, que estudia la estructura y el funcionamiento del organismo
- Psicológico, que estudia la personalidad y las relaciones interpersonales.
- Social, que estudia las leyes, relaciones y cultura del hombre⁹

A pesar de que en estos tres aspectos se consideran conceptos y métodos diferentes, tienen el mismo objeto de estudio, el hombre como una unidad Biológica, Psicológica y Social. El hombre es un ser vivo, que se diferencia de los demás por sus capacidades y características propias, producto de su evolución y que lo hacen ocupar un papel preponderante en la naturaleza.

Capacidades

- ✓ Capacidad de experimentarse a sí mismo como una entidad, como algo único, distinto; tener conciencia de sí mismo y buscar formas de relacionarse con los demás y con el mundo.
- ✓ Razonar, tratar de comprender al mundo y a sí mismo, investigar el por qué de las cosas, descubrir leyes científicas, crear sistemas religiosos, filosóficos y técnicos para alcanzar su papel de preponderancia en la naturaleza.

⁴⁹ Bertha Higashida, Ciencias De la Salud, editorial Mac Graw Hill, 1996 México.

- ✓ Poseer lenguaje simbólico, es decir, representar por medio de símbolos orales, escritos y de otro tipo las sensaciones de su cuerpo y sus ideas, y utilizar dicho lenguaje para aprender no sólo a través de su experiencia si no a través de la experiencia de los demás.
- ✓ Tener imaginación, que lo hace angustiarse ante los peligros y las consecuencias de su conducta, y resolver mentalmente los problemas antes de enfrentarse con ellos.
- ✓ Pensar críticamente, lo cual le permite escoger y decidir, tener responsabilidad ante sí mismo¹⁰

Características

- ✓ Conservar los cinco dedos en sus extremidades.
- ✓ Haber desarrollado una visión binocular, estereoscópica y cromática; esto significa que los campos visuales de los ojos se superponen permitiéndole percibir los objetos en tres dimensiones.
- ✓ Mantener postura erecta; su pelvis sufrió modificaciones obligando al tronco a erguirse. En esta forma la cabeza ya no necesitó mantenerse en forma horizontal si no que se asentó en el cuello, con lo que los músculos de éste se hicieron más cortos y ligeros, las cuerdas vocales más finas y las extremidades superiores quedaron libres para la presión y manipulación de los objetos, como para la fabricación de utensilios.
- ✓ Tener un desarrollo cerebral notable, característica que le permitió desarrollar el lenguaje y otras expresiones culturales como valerse de la experiencia acumulada en el pasado.

¹⁰Op Cit. Ciencias de la Salud.

Biológicamente el hombre pertenece a:

Reino: Animal

Phylum Chordata: Porque tiene la columna vertebral

Clase: Mammalia, por que se alimenta de la leche proveniente de las glándulas mamarias de la madre en los primeros días de su vida.

Orden: Primates, porque tiene cráneo grande, su pulgar se opone a los otros dedos, tiene uñas planas, sus mandíbulas están colocadas en la parte baja del cráneo y está mejor equilibrado sobre su columna vertebral.

Familia: Hominidae, se sostiene erecto en dos pies.

Género: Homo, donde se incluyen especies con cerebro más o menos desarrollado.

Especie: Homo sapiens.¹¹

Constitución psíquica del individuo

El hombre es único en todas sus características, es una entidad, toma sus decisiones en forma aislada cuando realiza sus actividades pero necesita relacionarse con sus semejantes.

Al decir que el hombre es único, se toma en consideración que cada individuo tiene su propia personalidad, entendiendo ésta como el conjunto de cualidades psíquicas heredadas (temperamento) y adquiridas (carácter).

El temperamento es la predisposición de reaccionar de una manera determinada que tiene el individuo, se le considera inmodificable, porque forma parte de la constitución genética.

¹¹Op. Cit. Ciencias de la Salud.

Carácter: este término significa “algo que permanece y perdura, marca o señal distintiva”

Desarrollo social y cultural del individuo

El hombre como individuo normal no puede existir en el aislamiento; debido a que nace, sujeto a la influencia de factores relativos a la sociedad y cultura en que vive; miembro de una familia, dentro de una sociedad y con una nacionalidad. En el transcurso de su vida sus potencialidades pueden estimularse o inhibirse por medio de la educación y la participación cultural.

En el proceso de satisfacer sus potencialidades en ejercicio de sus capacidades, el hombre ha creado diferentes formas de organización, sistemas de pensamientos y acción cuyo resultado son las diversas sociedades y culturas. Cada sociedad esta estructurada y opera en forma específica, lo cual depende de condiciones geográficas, abundancia o escasez de materias primas, alimentos y métodos de producción y distribución.

Las culturas implican conocimientos, normas, creencias, ideologías, prejuicios y costumbres compartidas, son creadas para el logro de fines individuales, biológicos y sociales, por lo que el hombre más que producto, debería considerarse agente de los procesos socioculturales dinámicos, sujeto a periodos de mayor o menor estabilidad

3.2 Ciclo de vida del hombre

Para poder abordar con más propiedad los aspectos principales que contemplan la presencia de problemas depresivos en el adulto mayor debemos dilucidar, muy brevemente como es que una persona al transcurrir el tiempo se convierte en adulto mayor.

Infancia

Durante este periodo predomina el desarrollo sensorial, el niño va adquiriendo aquellas actitudes sensomotrices que son necesarias para la autopreservación.

Pubertad:

Es el lapso del desarrollo fisiológico, durante el cual maduran las funciones reproductoras e incluye la aparición de los caracteres sexuales secundarios, así como la maduración fisiológica de los órganos sexuales primarios.

Adolescencia

La palabra adolescencia deriva de la voz latina “adolecer” que significa “crecer” o desarrollarse hacia la madurez. Es el lapso que comprende desde aproximadamente los doce o trece años hasta los primeros de la tercera década, con grandes variaciones individuales y culturales, tiende a iniciarse antes en las niñas que en los varones.¹²

Temprana edad adulta: Se inicia cuando se llega al final de la adolescencia, todavía existe la dependencia económica, pero con cierta independencia, se clarifica la propia identidad como el rol social.

Edad adulta: Es el periodo ordinario de la vida en el que se asumen las responsabilidades de la paternidad, que incluyen la capacidad del hombre y de la mujer para combinar sus energías hacia metas conjuntas.

Tardía edad adulta: Es la etapa final del desarrollo, si un individuo a superado satisfactoriamente las etapas anteriores, debe ser lo suficientemente maduro para aceptar la responsabilidad de su vida sin confusión. Es la etapa de la madurez y o vejez, es decir “síndrome del nido vacío” ya que para los padres es la época en que terminan las obligaciones específicas de paternidad y deben regresar a la unidad familiar de dos personas efectuando cambios

recíprocos de rol y status en relación con los hijos y la sociedad, deberán desarrollarse nuevos valores y metas.¹³

3.3 Concepto de envejecimiento

Envejecimiento: Es un proceso natural, dinámico, progresivo y universal, que se inicia desde el momento mismo en que se nace, produciéndose una serie de alteraciones y cambios en el organismo que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte.¹⁴

El envejecimiento no ocurre en forma uniforme en los diferentes individuos de una misma especie, ni tampoco en los distintos órganos de una misma persona.

El proceso de envejecimiento es consecuencia de una serie de alteraciones sistémicas y del sistema nervioso central de tipo involutivas que van a dar origen a cambios en la esfera biológica, psicológica y social.

Esta involución lleva aparejada una pérdida de funciones, una disminución en la capacidad del individuo tanto física como mental, un deterioro en la imagen de si mismo y un enfrentamiento progresivo a determinados padecimientos y que determinan muchas veces una aproximación a la muerte, siendo estos factores entre otros precipitantes para la aparición de la depresión.

Se consideran adultos mayores a los sujetos nacidos en países desarrollados a partir de los 65 años, y 60 años para los sujetos nacidos en vías de desarrollo (acuerdo tomado en Kiev).¹⁵

Todas las especies envejecen y experimentan notables cambios desde su nacimiento hasta la muerte. A partir de esta evidencia la ciencia propone diversas teorías sobre las causas del envejecimiento, aunque ninguna ha sido comprobada, a fin de cuentas, de cada teoría se pueden extraer algunas de las causas por las cuales la gente envejece y muere.

¹³ Op. Cit. Compilación de Psicología

¹⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía para el cuidado de la salud "Adultos Mayores Talleres de impresora y encuadernadora progreso S. A. 2002. Méx. Pág.1

¹⁵ Dr. Arturo Lozano Cardoso. Introducción a la Geriatria, Mendez Editores 1992. Méx. Pág., 19

3.4 Teorías sobre el envejecimiento

La Teoría del Cronómetro Celular: Afirma que el proceso de envejecer es un mecanismo programado; como si las células consideraran solamente un número predeterminado de reproducciones durante nuestra vida, pero diferentes células tienen sus propios tipos y velocidades de reproducción.¹⁶

Distintos factores tales como el estrés, desnutrición, cambios degenerativos y modificaciones inmunológicas y hormonales inciden directamente sobre el potencial cronómetro de división celular.

Nuestros genes están directamente ligados a los ácidos nucleicos: (ADN) ácido de soxi-ribonucleico y (ARN) ácido ribonucleico. Estas estructuras, intervienen directamente en los procesos de reproducción celular por lo que se considera que cualquier alteración que ellos sufran sea por factores tóxicos, nutricionales, hormonales, etc. pueden hacer peligrar los procesos de división de la célula.

La ciencia, hasta el día de hoy no ha encontrado factores hormonales o códigos de autodestrucción celular. Lo que sí se sabe es que el ser humano consciente o inconscientemente, presenta conductas autodestructivas las cuales se manifiestan por ejemplo, descuidando nuestro organismo.

Fenómeno de Hyflick: Recibió el nombre del microbiólogo Americano Leonard Hyflick. Este observó en un cultivo celular, que ciertas células humanas experimentaban sólo un número de divisiones celulares antes de morir. Este hallazgo sugiere que el envejecimiento está programado en el interior de las células y podría explicar las diferencias que existen en la duración de vida de las distintas especies de animales, así como la longevidad desigual de los distintos sexos en las distintas especies. La edad del sujeto está en razón inversa a las duplicaciones, a mayor edad menos posibilidades de duplicaciones.

¹⁶ www.fernando.nieves.com/default2.htm. Teorías sobre el envejecimiento.

Teoría de Szliard: Se basa en la hipótesis de que al acumular mutaciones somáticas de DNA causarían una inactivación cromosomal y muerte celular.¹⁷

Teoría de la Catástrofe por Errores: Supone que las alteraciones propias de la edad se deben a la acumulación de errores genéticos aleatorios o a pequeños errores en la transmisión de información genética. Estos daños o errores reducen o impiden el funcionamiento adecuado de las células.

La Teoría del Cross - Linking (Entrecruzamiento): Sugiere que los cambios moleculares ocurren en las proteínas, en los tejidos del organismo que originan microfibrillas las cuales descansan debajo de las fibras normales pero en dirección anómala. Esto trae como consecuencia pérdida de la elasticidad, rigidez; con el subyacente cambio en el tejido, inflamación y degeneración. Pero lo más probable es que el mecanismo de envejecimiento esté ligado a la formación de radicales libres.¹⁸

La Teoría de los Radicales libres: Actualmente es la teoría del envejecimiento más aceptada, el radical libre es una molécula cargada eléctricamente, en cuyo núcleo el número de electrones es mayor que la de los protones, lo que la hace altamente inestable y con inclinaciones a combinarse con otra molécula para equilibrar la proporción electrón protón.

Al robar así la segunda molécula la convierte en radical libre, el cual a su vez se combina con una tercera molécula, creándose una reacción en cadena, actúan sobre las membranas celulares cuando no encuentran ningún tipo de resistencia de elementos antioxidantes. Supuestamente este proceso es continuo y altamente destructivo por lesionar células y a la vez reprogramar genes de toda clase de tejidos, es por lo tanto la base de numerosas patologías, padecimientos como son la enfermedad del alzheimer, parkinson, cáncer, cataratas, algunas variedades de artritis, cardiopatías así mismo manifestaciones generales propias del viejo, como son la debilidad general, la reducción en la función sensorial, y cognoscitiva entre otras.

¹⁷ Op. Ci.. Introducción a la geriatría. Pág.: 11

¹⁸ Op. Cit Teorías sobre el envejecimiento.

Las grasas insaturadas, los reactivos químicos inhalados o incorporados al organismo por cualquier vía, ya sea por agua, alimentos, etc., los microbios, el humo del cigarrillo, y otros irritantes son potenciales generadores de radicales libres.

No existe una teoría sobre el envejecimiento que pueda explicarlo todo, probablemente envejecer sea la consecuencia de una serie de factores, intrínsecos y extrínsecos, que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo, y determinan finalmente un debilitamiento de la homeostasis que culmina con la muerte.

Este periodo de la vida principalmente está marcado por los cambios que se producen en la persona, no solo por el número de años impuestos por la sociedad, también por los cambios biológicos, psicológicos y sociológicos.

3.5 Cambios biológicos, estructurales y funcionales en aparatos, órganos y sistemas y sus patologías frecuentes.

Los cambios que produce el envejecimiento son sistémicos, es decir que afectan todos los órganos de la economía. Brevemente, las modificaciones que pueden ocurrir en los distintos órganos, aparatos y sistemas y las patologías que suelen presentarse, son las siguientes:

La piel sufre una atrofia, con disminución de la grasa subcutánea, atrofia de las glándulas sudoríparas, las uñas y el pelo y aumenta la fragilidad vascular, aparecen arrugas, resequedad, prurito, encanecimiento, caída de pelo.¹⁹

Las úlceras por decúbito, también conocidas como úlceras isquémicas, son áreas de necrosis, debidas a presión constante, que excede la presión de riego de los tejidos, por lo general las áreas afectadas se encuentran entre prominencias óseas y en superficies firmes sobre las cuales reposa el paciente. y estas son frecuentes en el adulto mayor ²⁰

La inmovilización, materias fecales, humedad persistente y el roce entre la piel del adulto mayor y la superficie de apoyo, son factores agravantes.

¹⁹ Op. Cit. Introducción a la Geriatria. Pág.; 21

²⁰ Dr. Rubén Arreola Lucio, Esc. De Trabajo Social. Compilación Bibliográfica de Geriatria I y II Ciclo Escolar Enero-Junio y Julio-Diciembre de 2000

Los ojos pueden presentar presbiopía, es decir cuando el ojo enfoca con dificultad los objetos cercanos, opacidad del cristalino, cambios en vítreo y retina.

La presencia de cataratas, (opacidad del cristalino), son favorecidas por enfermedades concomitantes, como es la diabetes mellitus y puede ser bilateral en su aparición, se inicia gradualmente hacia la pérdida de la visión y las luces brillantes son molestas, puede llevar a la ceguera.

Por otra parte el glaucoma, que es la disminución de la visión y presencia de enrojecimiento perilimbal con edema corneal que es la causante de la disminución inicial de la visión en forma extensa.

La degeneración macular senil, se caracteriza por una pérdida progresiva de la visión. La degeneración macular senil no exudativa, no tiene tratamiento y es una de las causas principales de ceguera en el adulto mayor.

Los oídos tienen cambios en las células vellosas, disminuye la audición para las frecuencias y para distinguir gama de sonidos.

Puede presentarse presbiacusia, la cual se considera como un proceso ligado a la vejez fisiológica, por lo tanto es la forma más común de sordera, esta es bilateral, simétrica y se inicia alrededor de los 50 años. Se hace más precoz por la exposición de ruidos intensos, propio de los lugares citadinos. Se caracteriza por una disminución para percibir sonidos agudos y la carencia de localizar y desglosar ruidos y sonidos en un ambiente estruendoso.²¹

La nariz en el adulto mayor también sufre atrofia de la mucosa pituitaria con la consecuente disminución del sentido del olfato.

El aparato respiratorio sufre disminución de la elasticidad pulmonar y ciliar bronquial reducción de la capacidad respiratoria máxima, volumen respiratorio fijo, y de la capacidad de difusión máxima así como la disminución del reflejo tusígeno.

Neumonía: Se define como la infección del parénquima pulmonar, en muchas ocasiones se presenta en situaciones terminales irreversibles, favorecen su aparición en los adultos mayores;

²¹ Op. Cit. Introducción a la Geriatria. Págs. 61, 64, 65.

cambios del aparato respiratorio, imposibilidad para expulsar secreciones, tratamiento prolongado con antimicrobianos, la aspiración de material digestivo por reflujo, deshidratación, etc.

El aparato cardiovascular tiene pérdida de células miocárdicas, aumento de la rigidez arterial y valvular, disminución del gasto cardiaco, pobre respuesta al estrés, aumento de la presión arterial máxima.²² La cardiopatía mas frecuente en el adulto mayor, es por enfermedad coronaria aterosclerosa, también se le conoce como cardiopatía aterosclerosa, cardioangioesclerosis o cardiopatía isquémica.

Se considera la cardiopatía de los viejos por excelencia, esta enfermedad obstruye la luz de los vasos coronarios, por el proceso conocido como aterosclerosis, la cual es ocasionada por el engrosamiento focal de la intima, constituido por acumulo de grasa y fibras de colágena y que semejan este material circunscrito con frecuencia a un área de necrosis, también regularmente hay atrofia de la capa media²³.

Hipertensión Arterial: Se produce por el aumento de la presión sanguínea en las arterias.²⁴ En el adulto mayor la presión sanguínea es inestable.

En cuanto al aparato digestivo, se presenta la caída de dientes, disminución de las papilas gustativas, disminución del flujo salival, poca motilidad, cambios en las enzimas hepáticas, disminución de la absorción del calcio. Los órganos que forman este aparato son fundamentales para un correcto funcionamiento de los procesos digestivos, desde la incorporación de los nutrientes, la digestión, la absorción y la excreción de los desechos, cuando dichos órganos padecen enfermedades ya sea funcionales o degenerativas no se concreta el proceso fisiológico

²² Op. Cit. Introducción a la Geriatria. Pág., 21, 215,

²³ Op. Cit. Introducción a la Geriatria. Pág.,93 ,94,95

²⁴ Op. Cit. Guía para el cuidado de la Salud- Adultos Mayores Pág. 26

y lleva a la aparición de alteraciones como la desnutrición: que es un problema de salud que se relaciona con la mal nutrición, lo que ocasiona pérdida de peso y también se asocia a afecciones funcionales como la mala absorción y la digestión de los alimentos. En esta etapa de la vida generalmente no se presenta de manera repentina, es más bien un problema de salud que va ocurriendo poco a poco. La desnutrición aumenta en esta etapa por falta de piezas dentales que ocasionan que la comida no se mastique bien y hace que la digestión no se haga adecuadamente.²⁵

Por otro lado está la constipación o estreñimiento, que es una de las alteraciones más frecuentes en los hábitos intestinales de los adultos mayores, a medida que pasan los años y sobre todo después de los 60, la movilidad intestinal va disminuyendo, la que se acentúa en los senectos que permanecen inactivos e inmóviles.²⁶

Los factores que contribuyen a la constipación son los cambios anatómicos del colon, la movilidad intestinal es más lenta se acentúa en el colon descendente y recto, ya que en estas porciones la elasticidad y el grosor de las paredes tienden a disminuir. Estas circunstancias hacen que las materias fecales en el colon se endurezcan y se impacten en el recto.

También en el aparato genito - urinario declinan con la edad ciertas funciones vitales, desde trastornos prostáticos en el hombre, atrofia y sequedad de la mucosa vaginal en mujeres, disminución de la irrigación de los genitales, que llevan a modificaciones en la vida sexual, además de que en ciertos casos la función de excreción renal se ve disminuida y no permite la eliminación de toxinas.

La Hiperplasia Prostática Benigna: Agrandamiento de la próstata que reduce el flujo de la orina.

Cáncer de próstata. Es el cáncer más frecuente en el adulto mayor, la detección precoz solo se puede hacer por el tacto rectal de rutina, especialmente en los ancianos. En los casos con sintomatología puede haber dolor pélvico, dificultad en la micción, retención hematuria etc.²⁷

Incontinencia Urinaria: Salida involuntaria de suficiente cantidad de orina, la cual está en relación generalmente con algunos cambios o disfunción genitourinaria como reducción de la

²⁵ Op. Cit. Guía para el cuidado de la salud- Adultos Mayores Pág. 17

²⁶ Op. Cit. Introducción a la Geriatria. Pág.; 78

²⁷ Op. Cit. Introducción a la Geriatria Pág. 231.

capacidad de contracción de la vejiga y pérdida de la presión que cierra la uretra en mujeres y en hombres la hipertrofia prostática²⁸

Mientras que en el sistema músculo - esquelético con el correr de los años el ser humano experimenta una pérdida de masa muscular y ósea, disminución del calcio óseo y osteoide que lo lleva a un progresivo debilitamiento, la disminución de los espacios intervertebrales con la consiguiente lesión de los discos, la degeneración de los cartílagos y en los ligamentos, la falta de elasticidad y flexibilidad inciden en la capacidad motriz del individuo, disminución de la estatura.

Lo anterior mejor conocido como osteoporosis que consiste en la pérdida de calcio de los huesos, que los vuelve frágiles y aumenta el riesgo de fracturas. El hueso es un tejido dinámico que se reemplaza y remodela durante toda la vida y el equilibrio necesario entre la producción ósea y la resorción pierde su balance en la vejez, este proceso natural y universal ocasiona osteoporosis.

Por consiguiente existe el riesgo de las fracturas, las cuales pueden definirse como deformidad de la región afectada, dolor, limitación de los arcos de movilidad, las cuales a su vez están asociadas con las caídas como se menciona anteriormente, estas consecuentemente repercuten en otras funciones del adulto mayor, como pueden ser, alteraciones locomotoras, aumento de la osteoporosis y presencia de úlceras por decúbito, por inmovilidad etc.²⁹

La artrosis es la enfermedad reumática más frecuente, esta patología produce el desgaste del cartílago, un tejido que protege los extremos de los huesos y favorece el movimiento de la articulación, y que produce dolor aunque no mata, la calidad de vida del paciente puede mermar si no se trata adecuadamente.³⁰

Por su parte la artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica, afecta principalmente a las mujeres y además tiene manifestaciones sistémicas, la mayoría de las veces esta afección es

²⁸ Op. Cit. Compilación bibliografica de Geriatria I y II

²⁹ Op. Cit. Compilación bibliografica de Geriatria I y II

³⁰ www.ondasalud.com/artrosis

simétrica interesando las grandes y pequeñas articulaciones. Puede aparecer a cualquier edad pero su prevalencia se observa entre la tercera y cuarta década de la vida, su curso es generalmente variable e impredecible.³¹

En el sistema endocrino la intolerancia a la glucosa, disminución de la actividad tiroidea y suprarrenal, disminución de la secreción de estrógenos, desbalances en las hormonas sexuales, típicas en la edad de la menopausia en la mujer, andropausia en el hombre, hipofunción de la glándula tiroidea con sintomatología variada como, cansancio, caída de cabello y otras tantas manifestaciones producto de la declinación de la producción hormonal dado por el correr del tiempo.

Pudiendo haber diabetes mellitus la cual es una enfermedad que altera la manera en que el cuerpo utiliza la glucosa, que es un azúcar que circula en la sangre y da energía al organismo. El páncreas elabora una hormona llamada insulina, su producción puede disminuir en el adulto mayor, ocasionando que el azúcar no sea absorbido y que sus niveles aumenten en la sangre.³²

Como se mencionó anteriormente con el envejecimiento la glándula tiroidea va produciendo cada vez menos hormonas y con una menor utilización periférica de estas., dando lugar al hipotiroidismo, siendo la sintomatología más frecuente presencia de debilidad, intolerancia al frío, piel gruesa y seca, confusión, depresión, ronquera etc.³³

Sistema inmunológico: Ausencia de secreción de hormona tímica, disminución de la función de células T., aumento de autoanticuerpos y de la autoinmunidad. Aumento de susceptibilidad a infecciones y neoplasias. Como el herpes zoster que no es más que una recidiva del virus latente de la varicela, que causa una erupción en la piel y puede provocar dolor durante mucho tiempo.

Sistema regulador: Disminución del agua corporal total, disminución de la homeostasis, disminución del peso y estatura.

Hipotermia: Se considera hipotermia cuando la temperatura corporal es 35°C o menos. Cuando los adultos mayores están expuestos a la acción del frío ambiental por largos periodos e

³¹ Op. Cit. Introducción a la Geriatria, Pág. 145

³²Op. Cit. Guía para el cuidado de la salud-Adultos mayores Pág.; 24

³³Op. Cit. Introducción a la Geriatria "Envejecimiento" Pág. 212

inmóviles, estos pueden tener bajas importantes en su temperatura corporal y ponen en peligro su vida.

Deshidratación: La sensación de sed se modifica por un daño directo al diencéfalo o por estado de depresión, enfermedades cerebrales psicosis y la vejez, se deja de ingerir líquidos en cantidades adecuadas, en estas condiciones se producirán estados variables de deshidratación.

En el adulto mayor deshidratado se puede observar confusión, alucinaciones, estupor, taquicardia e hipotensión arterial, las mucosas secas, la lengua presenta estrías fisuras y esta de color negro etc.³⁴

Sistema nervioso: Disminución de tamaño y peso del cerebro, pérdidas de neuronas de la corteza cerebral. Se puede observar una disminución del impulso nervioso, actividad psicomotora más lenta, disminución de los reflejos, alteraciones en los ritmos del sueño, disminución de la memoria y dificultad para el aprendizaje.

Alzheimer: La Demencia Tipo Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo progresivo, predominantemente de la corteza cerebral, que produce un deterioro cognitivo múltiple invalidante.

Su nombre le ha sido dado en reconocimiento a Alois Alzheimer, un médico alemán, que en 1907 describió por primera vez esta enfermedad, entre sus síntomas están, pérdida de la memoria, distinguiéndose dos aspectos; pérdida de la capacidad para aprender nuevo material y el olvido de lo ya aprendido, afasias, apraxias, agnosias, alteraciones del funcionamiento ejecutivo, alteraciones visuoespaciales, alteraciones de la conducta entre otros.³⁵

Parkinson: Descrita originalmente en 1917 por James Parkinson como “parálisis agitante” en forma de temblor de reposo, disminución de la fuerza muscular y tendencia a mantener el tronco encorvado hacia delante, además describió alteraciones de la marcha, lenguaje, constipación, tendencia a caer y un curso progresivo. El temblor unilateral es el síntoma inicial mas frecuente.³⁶

³⁴ Op. Cit. Introducción a la Geriatria. Pág. 72

³⁵ hometown.ciol.com/psiqgeriatrica/index.html. Enfermedad de Alzheimer.

³⁶ Op. Cit. Introducción a la Geriatria Pág.; 184

Ictus: Es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. A esta patología también se la conoce como accidente cerebro vascular.³⁷

El cerebro es el responsable del control de diversas funciones del cuerpo. por tanto, si el ictus afecta a la región cerebral que controla el movimiento de una pierna, puede provocar la pérdida de su movilidad, debilidad, perdida de la sensibilidad, dificultad para hablar y otros problemas neurológicos. Los efectos varían dependiendo de la zona del cerebro que resulte afectada.

Demencia El término hace referencia a la declinación progresiva global de las funciones intelectuales del ser humano. Lo que se traduce a una desintegración de la conducta personal y social del individuo y que además tiene un curso progresivo e irreversible. La evolución del cuadro demencial depende de la etiología de la misma.

Existe además la tendencia a la deambulación y fugas sin sentido, se produce alteración en el sueño, invirtiéndose el ritmo circadiano, contrastando a veces la pasividad del día junto a la actividad nocturna.³⁸

Insomnio: Definido como falta de sueño, se usa para indicar cualquier alteración en la duración, profundidad o propiedades restauradoras del sueño.³⁹ Puede ser una manifestación secundaria de trastornos afectivos (depresión psiconeurosis, ansiedad) o ocurrir con el uso de fármacos o alcohol. Las alteraciones del sueño consisten en; incapacidad para mantener el sueño durante todo el periodo esperado, inquietud persistente por la noche, sensación de cansancio, agotamiento durante todo el día, frecuentemente despertar por la noche, incapacidad para dormir profundamente, despertar temprano por la mañana.

3.6 Cambios psicológicos en el adulto mayor

Ciertos cambios psicológicos ocurren con cierta frecuencia en el adulto mayor que se pueden considerar como integrantes normales del proceso de envejecimiento. Es común:

³⁷ www.ondasalud.com/edicion/componentes/Ictus.

³⁸ Op.Cit. Introducción a la Geriatria Pág. 275. 276.

³⁹ Op. Cit. Compilación bibliografica Geriatria I y II

- La disminución del intelecto: la alteración aparece primero a menudo en las situaciones novedosas o si se requiere ideación abstracta en lugar de experiencia para la resolución de un problema.
- Alteración de la memoria: mas frecuente para los acontecimientos frecuentes que para los remotos, y lo cual conduce a otras manifestaciones de conducta; estas incluyen locuacidad, iteración, el olvidar lo que ya se ha dicho y volverlo a decir una y otra vez, el retroceder al pasado a cada rato y con cualquier acontecimiento presente , perder objetos y cosas etc.
- Reducción del interés e incapacidad para aceptar ideas nuevas: suspicacia, falta de entusiasmo, melancolía, pesimismo, necesidad para aceptar los cambios, la exageración de tendencias previamente neuróticas, histéricas o hipocondríacas de la personalidad.⁴⁰

Manifestaciones Hipocondríacas

Los factores como personalidad previa, ambiente familiar y social, búsqueda de ganancias secundarias, resistencia a los tratamientos médicos, reacciones de ajuste a la senectud como ansiedad o depresión contribuyen en la estructuración de este problema.

Las quejas hipocondríacas constituyen un lenguaje que define una comunicación específica, es decir, que en lugar de verbalizar su inconformidad, traslada sus argumentos hacia el protolenguaje, su lenguaje hipocondríaco va dirigido hacia la familia o la sociedad, en menor grado hacia la atención médica. El Adulto mayor hipocondríaco informa su declinación con su angustia y su desvalidez, pidiendo atención, cuidados y afecto.

Como se puede observar, todos los cambios que se mencionan constituyen en su trato biológico un momento propicio para el desarrollo de los trastornos depresivos en el adulto mayor. Sin embargo también existen otros factores que pueden contribuir a la presencia de depresión en los adultos mayores; son los sociales.

⁴⁰ Philip Solomon, Manual de Psiquiatría, Psiquiatría Geriátrica. Pág. 372

En nuestra sociedad actual la baja productividad del anciano, lleva a este a sentirse como un individuo deteriorado, sin valor, las múltiples fallas orgánicas y las enfermedades repetidas y crónicas lo llevan a un sentimiento de pérdida de valor físico y social, la soledad tanto real como emocional, derivada de la pérdida de sus capacidades, del rechazo, por diversos sectores de la sociedad, la jubilación, la desintegración de la familia por la partida de los hijos, o del cónyuge, la muerte de este, pérdida de amigos etc. contribuyen a la presencia de depresión. El deterioramiento de la capacidad para desarrollar actividades en forma progresiva, por las limitaciones físicas, hacen que disminuyan los intereses y alicientes, así como las perspectivas para el futuro, haciéndose cada vez más presente la cercanía de su propia muerte.

3.7 Cambios sociales a los que se enfrenta el adulto mayor

El proceso de envejecimiento humano debe ser considerado también en el contexto de sociedades complejas sujetas a grandes variaciones. La forma en que la población envejece no está totalmente determinada por la biología, también está influenciada por las circunstancias sociales y el ambiente individual. En consecuencia el envejecimiento se contempla cada vez más como un proceso que incluye aspectos culturales y psicosociales.

Veamos, algunos aspectos, de la sociedad actual, lo cual nos permitirá situar el escenario en el que se mueven las personas de la tercera edad.

La sociedad actual es altamente competitiva ya que predomina la dialéctica de la producción y el consumo, de la oferta y la demanda. Se entiende que para ser tomado en cuenta hay que producir y hay que consumir. Esto afecta el status del adulto mayor cuando a causa de su edad ya no figura en la lista de los productores y cuyo consumo se va limitando al rubro de los medicamentos y otras cosas más.

Por otro lado es efectista, característica que viene de la mano de la recién nombrada competitividad: para poder competir en forma hay que ser eficientes; la lógica de la efectividad

prevalece sobre cualquiera otra y se impone a la lógica de la gratuidad. Se buscan resultados útiles e inmediatos. Lo no útil, lo que no tiene inmediatamente aplicaciones prácticas, no se considera importante. Así, los hombres y mujeres de esta sociedad trabajamos como locos para vivir mejor, nos llenamos de prisas, nos contaminamos unos a otros con nuestras plagas de neurosis, de angustia, y a la vez, como estamos tan ansiosos, nunca nos sentimos satisfechos. Por lo mismo, esta sociedad efectista es también causa de muchas frustraciones. Tanto para las personas en general como para los adultos mayores.

A demás es masificada, pues vivimos en una sociedad donde cada vez los centros urbanos adquieren mayor importancia, mientras los rurales la pierden. Para tener acceso de una manera más eficiente a los servicios elementales de salud y educación, la gente va acudiendo en forma imparable hacia los centros urbanos más importantes. De este modo las ciudades grandes crecen de una manera desorbitada y se forman inmensas metrópolis donde, paradójicamente, la vida se hace cada vez menos "vivable", aumenta la despersonalización, los espacios libres son escasos, aumenta la contaminación atmosférica y acústica, y para poder vivir un poco mejor el hombre urbano huye del tumulto de la gran ciudad cada vez que puede; ansía encontrarse con la naturaleza. Cambiando así el estilo y ritmo de vida el hombre y mujer de edad ya avanzada, quien teóricamente dispone de tiempo para el encuentro personal, pero que no goza de la paz necesaria ni de los espacios adecuados para practicar dichos encuentros

Es una sociedad de valores relativos, hablar de valores ha sido siempre asociado a conceptos de permanencia y continuidad a través del tiempo; los valores eran perennes, no podían cambiar: lo bueno siempre era bueno, y lo malo, malo. A la vez, eran considerados con un carácter de cierta universalidad: lo valórico en un lugar, también era considerado así en otros lugares, especialmente si se trataba de valores importantes. Hoy muchos se preguntan si se puede hablar de valores verdaderamente universales, que sean aceptados de la misma forma en casi toda la geografía de nuestro extenso mundo; mas bien creen que se ha producido una grave mutación en el campo de la percepción valórica, y que ya algunos valores que parecían importantes, hoy no se consideran así, y que otros lo son pero sólo en determinados ámbitos espaciales o personales. Es

lo que se ha venido en llamar relativismo moral, como si valores tan importantes como la verdad, justicia, responsabilidad laboral, honestidad profesional, amor y sexualidad. fueran apreciados y tomados en cuenta de manera muy distinta por unas personas y otras. Incluida la desvalorización de las personas de la tercera edad.

Es una sociedad acelerada, ya que los estudiosos de las transformaciones sociales aseguran que vivimos una aceleración histórica sin precedentes: las transformaciones tecnológicas, sociales, políticas, económicas, culturales, morales a las que asistimos, son casi vertiginosas. Se habla de un síntoma psicosociológico denominado "shock de futuro" y que consistiría en una especie de miedo de muchas personas a quedar atrasadas, a no vivir el presente, sino alejadas del futuro. Se aprecia este síntoma en el campo de la tecnología electrónica y computacional: al adquirir un producto de este rubro, (por actual que sea) casi siempre existe la conciencia de que es un producto casi obsoleto y ya superado. Y no todas las personas son capaces de encajar serenamente esa realidad, lo cual les produciría un cierto shock o desadaptación. Un ambiente así para una persona mayor, quien por definición, carece ya de una capacidad rápida de adaptación tiende a desadaptarlo más.

La familia juega un papel muy importante para el adulto mayor ya que en la mayoría de los lugares ha perdido vigor la antigua familia mixta, extensa, en la que compartían naturalmente abuelos, padres e hijos, y a veces tíos y primos, dando lugar a una sociedad de familia nuclear. Era casi obvio que las distintas generaciones compartieran vivienda, alimentación, recreación y conversación. Abuelos y nietos se cruzaban en los pasillos y habitaciones de la casa, y se transmitían de unas a otras tradiciones, costumbres, inquietudes y problemas. El abuelo, "el adulto mayor", era figura importante en esa transmisión de cultura, y él se sentía importante. En la sociedad actual no hay espacio para ese tipo de familia; esta se ha reducido al núcleo mínimo de padres e hijos. Donde al adulto mayor ya no se le da cabida.

Por su parte dentro del concepto de vida laboral, el retiro del trabajo produce un gran impacto psicológico; llevando muchas veces a graves y progresivos problemas de depresión, ocasionada por pérdida de su identificación dentro de la sociedad, el adulto mayor pierde su sociabilidad. Tiene restricciones económicas al recibir una pensión inferior al ingreso percibido por trabajo remunerado, como también dispone de mayor tiempo libre y se siente inútil sin saber como llenarlo.

Para algunas personas mayores la jubilación es el momento de disfrutar el tiempo libre y liberarse de los compromisos laborales, para otros es un momento de estrés, el retiro supone una pérdida de poder adquisitivo o un descenso en la autoestima.

También se da otro fenómeno que podemos llamar ideología del viejísimo, nuestra sociedad da una imagen equivocada de esta etapa de la vida, por el retiro del trabajo y los cambios biológicos la considera como viejísimo, como una etapa de decadencia en lo físico y lo mental, dando al adulto mayor una imagen de incapacidad, de inutilidad social y de rigidez, ahí que acepten su deterioro como algo fatal que los lleva a asumir una actitud de resignación y apatía, restringiéndose cualquier iniciativa de superación por grandes temores a ser rechazados.

Finalmente se da una ausencia del rol, las etapas de niñez, adolescencia y adultez tienen sus roles perfectamente establecidos, pero no existe una definición socio-cultural del conjunto de actividades que serían específicas de los adultos mayores y cuyo desempeño los haría sentirse útiles y conseguir reconocimiento social, elevando su autoestima.

Cada persona mayor debe buscar que hacer, ver tareas más o menos valiosas para él, pero sin garantía que serán reconocidas socialmente, esto hace que unos pocos logren su quehacer y que muchos otros deban resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes de su hogar donde viven, un transcurrir sin anhelos, sin entusiasmo, sin horizontes.

3.8 Autopercepción psicológica del adulto mayor

Sabemos que la manera de percibirse es lo que permite la propia evaluación y que esta última es el proceso psíquico conocido como autoestima. Que nuestra autoestima sea positiva o negativa, no es indiferente, de nuestra autoestima depende la manera que cada uno tiene de enfrentar la vida, valorarse a sí mismo y valorar a los demás y de ella depende en gran medida también, la manera más o menos airosa, exitosa, que cada uno practica para enfrentarse a los conflictos y dificultades de la vida.

El hombre o mujer actual, enfrentado a la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad con las características que hemos mencionado en párrafos anteriores, es fácil que se sienta a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás, porque percibe que los demás no cuentan con él. Y a nivel familiar, que es el lugar donde aún podría sentirse tomado en cuenta, la nueva realidad de la familia nuclear permite que el abuelo vaya poco a poco sintiendo o percibiendo que tampoco en ese ámbito su presencia sea tan necesaria o peor aun que sea víctima de abandono por parte de esta. No es raro, por lo tanto, que quizá muchos adultos mayores sufran la experiencia de vivir su autoestima en serio menoscabo.⁴¹

Al llegar a una edad mayor, la persona se va dando cuenta cómo los ambientes van cambiando para ella y cómo otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés. En realidad esto ha pasado siempre y en cada una de las etapas evolutivas del individuo: nunca los intereses han sido ni serán los mismos para todos o la mayoría de las personas, sean de la edad que sean; pero ahora, a esta edad, el problema se agudiza, pues viene acompañado de otros tipos de marginación social. Por eso el adulto mayor se encuentra sin las herramientas que le permitan un trabajo de adaptación, dichas herramientas son las motivaciones o refuerzos sociales, al carecer de estas, le es difícil adquirir hábitos nuevos y por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias.

Así, puede aparecer como una persona chapada a la antigua, aferrada a su sola experiencia tan importante para él o ella, pero que siente que la sociedad no la valora en la forma que la persona adulta mayor considera que sería lo justo. La agresividad y fácil irritabilidad que muestran algunas personas mayores, podría estar relacionada con este sentimiento de la propia difícil

adaptación, sentimiento que se ve agravado por la pérdida de autonomía física y económica sufrida por muchos adultos mayores.

La pérdida del significado o sentido de la vida dando lugar al vacío existencial, se produce cuando el propio ser, la propia existencia, carece de significación. Pues bien, es posible que la persona de la tercera edad caiga en depresión a causa de que su vida, tal como es percibida por el propio protagonista, carece de significado o como consecuencia de todo lo anteriormente mencionado.

⁴¹ www.gero.usual.es/index.html. Aspectos Psicoafectivos del envejecimiento.

CAPITULO IV DEPRESION, ASPECTOS GENERALES

4.1 Antecedentes históricos

Al hablar de depresión es importante mencionar que ha existido desde tiempos remotos. Las descripciones de esta enfermedad pueden encontrarse en textos de civilizaciones antiguas, por ejemplo, los textos antiguos ingleses se refieren a la melancolía, que durante siglos fue utilizada para describir los trastornos del estado de ánimo, escritores ingleses como Chaucer y Shakespeare escribieron sobre la melancolía.

Las primeras descripciones médicas de la depresión se remontan al griego Hipócrates, él creía que la enfermedad mental era resultado de causas naturales y no de fuerzas sobrenaturales. Sugirió la teoría de que la melancolía era producto de un exceso de bilis negra en el bazo, de aquí los términos melan-negro y colía-bilis. Para superar la depresión, Hipócrates recomendaba un equilibrio de los sistemas corporales utilizando relajación y estrategias de vida saludable, componentes que todavía se utilizan como parte de un enfoque integral de tratamiento.⁴²

A través del tiempo, otros filósofos y médicos han intentado definir y entender la Depresión, pero no es fácil, sus síntomas pueden sobreponerse a los de otras enfermedades, o pueden atribuirse a pesar, estrés, problemas del sueño, exceso de trabajo o al envejecimiento, etc. Por otro lado, es común escuchar frases como ¡Estoy tan deprimido! de personas que dicen que se deprimen cuando se sienten tristes, solas o abatidas, pero la depresión clínica es más que un estado de desaliento transitorio, o un periodo de estrés o tristeza normal.

4.2 Definición de depresión

Según el pequeño Larousse; del latín – depressio; hundimiento o estado de melancolía, que hace perder el ánimo, sinónimo de languidez, postración, anonadamiento, abatimiento⁴³

⁴² Keith Kramlinger M. D. Guía de la Clínica Mayo sobre Depresión, 2001 México, Pág. 4

⁴³ Ramón García-Pelayo y Gross. Pequeño Larousse Ilustrado, México 1980. Pág. 326

En términos médicos, la depresión es una enfermedad severa que ocasiona cambios en la memoria y en el pensamiento (cognoscitivos), en el estado de ánimo, en el funcionamiento físico y en el comportamiento. Afecta la forma de sentir, pensar, comer, dormir y actuar.⁴⁴

4.3 Concepto de depresión

Básicamente, es un trastorno en la afectividad o el estado de ánimo. Con sentimientos de baja autoestima.

Dentro del concepto de afectividad comprendemos la vida de los sentimientos y estados de ánimo, los afectos, humores, emociones y los instintos. Las vivencias de placer y desagrado, de alegría, tristeza y enfado constituyen aspectos de la afectividad al igual que los sentimientos que nos dominan en nuestro trato con los demás hombres, amor, respeto, odio. etc.

Es importante también distinguir entre sentimiento, emoción y estado de ánimo. Mientras que el sentimiento es un estado afectivo pasivo del yo, ya que impregna durante cierto tiempo nuestra vida con un matiz agradable y desagradable; la emoción es una especie de acceso o crisis afectiva de gran intensidad y de más corta duración, el humor o temple sería el estado afectivo persistente o la disposición afectiva que caracteriza a cada individuo.⁴⁵

El mundo afectivo del hombre es extraordinariamente complejo, tanto en él, como en la propia expresión de sus afectos.

4.4 Teorías y Modelos sobre la depresión

Freud enfatizó en la génesis de las depresiones el papel fundamental del trauma infantil, particularmente la **pérdida-separación** de un objeto significativo al que se ha estado conectado. Esta pérdida inicial predispone a los estados depresivos que se desencadenan con una pérdida - trauma- en la vida adulta que remueve y revive la pérdida inicial.

⁴⁴ Op. Cit. Guía de la Clínica Mayo sobre Depresión. Pág. 3

⁴⁵ Dr. Rafael Roberto Hinojosa Villalba. Ensayo sobre depresión en Geriátría. 1999 México Pág.15

Por su parte Adolf Meyer se centró en los aspectos psicológicos en su modelo "psico-biológico" que postula la génesis de la enfermedad mental como un producto de la interacción de los factores genéticos y los sucesos de la vida.⁴⁶

“Hipótesis de las catecolaminas en la génesis de la depresión” surgió en 1960 ya que se observó que con la manipulación de las aminos cerebrales se podía desencadenar o aliviar una depresión, esta hipótesis sostenía que la depresión era el producto de un déficit de catecolaminas, específicamente norepinefrina, en ciertas áreas del cerebro.

También en los 60, se observaron en las depresiones, alteraciones en los niveles del neurotransmisor serotonina.

Otro neurotransmisor que juega un papel en la neuroquímica de la depresión es la dopamina, Este está envuelto en los mecanismos de las respuestas de placer y la motivación, por lo que no resulta extraño que esté envuelto en la fisiopatogenia de la depresión.

Por otro lado hay evidencia de que el hipotálamo sufre atrofia en la depresión y los estudios de neuroimagen muestran a menudo disminución del hipocampo en las depresiones, la tomografía de emisión de positrones muestra un hipometabolismo del lóbulo frontal y un hipermetabolismo en las estructuras límbicas profundas. Estos hallazgos sugieren que en la depresión hay una interrupción de las vías interactivas córtico-límbicas, cruciales para la regulación integral del afecto y las conductas motoras, cognitivas y somáticas asociadas.

La alteración funcional de estas estructuras podría explicar muchas de las manifestaciones clínicas de la depresión y podría ser indicación de que la enfermedad depresiva sea una patología neurodegenerativa.⁴⁷

⁴⁶ Fernando Ruiz Rey M.D. Depresión en Geriatria. www.hometown.aol.com/psiqgeriatria

⁴⁷ Op. Cit. Depresión en Geriatria.

En una investigación, el Dr. Aaron Beck comprobó que los pacientes depresivos reportaban contenidos de pensamientos negativos, que no se observaban en aquellos pacientes no deprimidos. Estos pensamientos estaban referidos a tres temáticas que son: 1 una visión negativa de sí mismo, 2 consideración negativa del mundo y 3 consideración negativa del futuro.⁴⁸

Es decir el individuo deprimido manifiesta una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuado o inútil, atribuye sus experiencias desagradables a un defecto propio, sea físico, mental o moral, se considera indeseable a causa de sus supuestos defectos; tiende a rechazarse a sí mismo y supone que los demás también lo rechazarán. Las interacciones con el ambiente son interpretadas como privaciones, derrotas.

El depresivo estima que el mundo le hace enormes exigencias y le presenta obstáculos que interfieren con el logro de sus objetivos de vida, siempre, desde una perspectiva oscura, se da vueltas y vueltas sobre una serie de expectativas que parecen amenazantes, supone que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente y que a los ya conocidos se agregarán otros males mayores.

Modelo de depresión del desamparo aprendido de Seligman.

Este modelo señala que la depresión sería el resultado de la expectativa individual ante la ocurrencia de eventos negativos, sobre los cuales la persona carece de control.⁴⁹

Para entender este modelo, es necesario examinar dos conceptos claves: el desamparo aprendido y el estilo explicativo. Ambos se encuentran indisolublemente asociados entre sí. El desamparo aprendido, de acuerdo a Seligman, es la reacción a darse por vencido, a no asumir ninguna responsabilidad, a no responder, como consecuencia de tener la creencia de que cualquier cosa que hagamos, ya sea en ese momento o posteriormente, carecerá de toda importancia. El estilo explicativo es la forma que por lo general elegimos para explicarnos a nosotros mismos por qué suceden las cosas que nos pasan.

⁴⁸ [www. INTENCO. cl/temas/t0009a3.hotmail](http://www.INTENCO.cl/temas/t0009a3.hotmail). Una manera nueva y moderna de considerar la depresión

⁴⁹ Op.cit Una manera nueva y moderna de considerar la depresión”

Para Seligman, el estilo explicativo es el gran modulador del desamparo aprendido. Así, un estilo explicativo optimista bloquea la experiencia de desamparo; por el contrario, un estilo explicativo pesimista permite que la misma experiencia de desamparo que la persona experimenta, continúe, se agrande y se propague a otras situaciones de vida. En otras palabras, la intensidad y el tiempo de la experiencia de desamparo, como también los espacios en que se disemine, dependerán de la forma como uno elige explicarse las cosas que le suceden.

4.5 Etiopatogenia de la depresión

Los estados depresivos se presentan con una gran variedad clínica, y su etiopatogenia es también, compleja y variada. Son, por lo tanto, muchos los factores que se deben considerar en el desencadenamiento de una depresión:

- Desequilibrio de neurotransmisores (serotonina. dopamina. norepinefrina).
- Historia familiar.
- Factores hereditarios, genética.
- Factores orgánicos.
- Factores ambientales (sensibilidad de algunas personas a los cambios climáticos).
- Factores psicológicos.
- Relaciones Personales, interpersonales poco satisfactorias.
- Estrés.
- Ciertos tratamientos médicos.
- Otras enfermedades, como cáncer, diabetes, alzheimer etc.
- Abuso de sustancias toxicas o medicamentos.
- Algún tipo de perdida

4.6 Síntomas de la depresión

Los síntomas de la depresión se focalizan en cuatro áreas básicas: conductual, afectiva, cognitiva y neurovegetativa.⁵⁰

- a) La persona depresiva pierde el interés en casi todas las actividades usuales, y en las que antes le ocasionaban placer.
- b) Prefiere estar triste, desesperanzada, desanimada.
- c) Hay trastornos del apetito, generalmente por disminución del mismo, junto con una pérdida significativa del peso. Otras personas muestran un aumento del apetito o de la ingestión de alimentos, aunque no haya apetito y también del peso.
- d) Son comunes los trastornos del sueño: insomnio, sueño interrumpido o hipersomnía.
- e) El aspecto psicomotor sufre alteraciones: la persona puede presentar episodios de agitación, incapacidad para permanecer tranquila, estallidos de queja o de gritos. En el otro extremo, hay lentificación psicomotora, que se traduce en un hablar muy pausado y en movimientos corporales lentos.
- f) Casi invariablemente decae la energía. La persona experimenta una fatiga constante, hasta la tarea más pequeña puede parecer una tarea difícil o imposible de lograr.
- g) A esto se agregan los sentimientos de baja autoestima. El individuo cree que todo lo ha hecho mal; y recuerda sus errores, magnificándolos. Se reprocha, incluso, detalles mínimos, y busca en el ambiente cualquier signo que refuerce la idea de que él no vale nada.
- h) Hay sentimientos de culpa, igualmente exagerados, sobre situaciones presentes o pasadas.
- i) Es frecuente que la persona tenga dificultades para concentrarse, y que le cueste tomar decisiones o recordar las cosas pasadas.

⁵⁰ Op. Cit. Una manera nueva y moderna de considerar la depresión”

j) Se presentan pensamientos constantes acerca de la muerte, que incluso llevan a elaborar ideas suicidas. Aunque puede sentir miedo de morir; no obstante estar convencido de que él y los demás estarían mejor si falleciera.

k) También se presenta: llanto frecuente, sentimientos de angustia, irritabilidad, mal genio, preocupación excesiva por la propia salud física, ataques de pánico y fobias.

4.7 Tipología de la depresión

La literatura psicoanalítica ofrece explicaciones dinámicas de la depresión, y se puede decir que ninguna descripción es universalmente aplicable.

De que existen indudablemente diferentes clases de depresión se encuentra confirmado por la psiquiatría descriptiva. Algunas depresiones se hayan caracterizadas por culpa, otras por aflicción, algunas por ansiedad otras por apatía, por melancolía, algunas principalmente por síntomas físicos, otras solamente por síntomas mentales.

En general se puede resumir que la cognición psicodinámica de la depresión es en la forma siguiente: Todos los síntomas mentales de esta, constituyen el complemento de una pérdida de la autoestima, no importa como aconteciese esto.

Actualmente, la depresión se define y clasifica por sus características y síntomas y no por sus supuestas causas u orígenes, como se concebía hace algunos años.

Se hablaba de "depresión endógena", aduciendo que el trastorno depresivo tendría un origen biológico, esto es, por falla en los neurotransmisores. Como opuesto a éste, se diagnosticaban depresiones "psicogénicas o reactivas", en las cuales las causas del problema serían factores externos desencadenantes. También se hacía el diagnóstico "depresivo involucional", indicando que el origen del problema era la edad de la persona y dependiendo de la gravedad de la depresión, se diagnosticaba como "depresión neurótica", si era más leve; o bien "psicótica" en su forma más severa.

Sin embargo todo este sistema clasificatorio provocaba una gran confusión, y los especialistas (médicos, psicólogos, psiquiatras) tenían grandes diferencias para decidir en que categoría ubicar a sus pacientes.

Pero no solamente existía ese problema, sino que también se presentaba otro, relacionado con el tratamiento. Ya que si la depresión era endógena, el tratamiento se haría en base a medicamentos; y si la depresión era reactiva, el tratamiento indicado se haría mediante una psicoterapia.

Ahora bien, para el Dr. Beck, el dividir la psicopatología en campos opuestos, es decir biológicos vs psicológicos; o psicofarmacología vs psicoterapia, puede ser conveniente en algunos casos, ya que lo anterior no significa que no pueda haber alguna vez que se dé una depresión debida a una enfermedad que provoque un desequilibrio en los neurotransmisores sin que se dé un cambio en el contexto social, no obstante, debe ser reconocido que este enfoque es limitado.

Por lo tanto, como lo indica el Dr. Beck, la manera más sofisticada de considerar la depresión es reconociendo que los fenómenos psicológicos y bioquímicos son sólo diferentes caras de la misma moneda; dependiendo de las unidades de observación y de las técnicas que se estén usando.

Es crucial tener en consideración que siempre que hay un proceso psicológico, al mismo tiempo hay un proceso bioquímico que lo acompaña. Entonces, de acuerdo con el Dr. Beck, si hay un proceso psicológico anormal -como la depresión-, podemos decir que el proceso bioquímico también es anormal.

Lo señalado anteriormente queda bien ejemplificado con las investigaciones de Seligman, (Modelo de depresión de desamparo aprendido) quien demostró que, después de un shock inevitable, los animales permanecían inmóviles y no hacían nada para evitar nuevos estímulos nocivos, de los cuales ellos podían escapar.

Este fenómeno se denomina "desamparo aprendido", que desde un punto de vista psicológico, puede ser llamado depresión; y desde un punto de vista biológico se le denominaría "depleción" (baja de niveles de los neurotransmisores cerebrales). De este comentario se desprende, por lo

tanto, que la conducta del animal no puede ser explicada por una causa única, ya sea la biológica o la psicológica.

De lo anteriormente señalado podemos concluir que el nuevo sistema de clasificación de los trastornos mentales es meramente descriptivo: define la depresión por los síntomas que presenta la persona, es decir por lo que hace, lo que piensa o lo que siente. Esto tiene la gran ventaja de que, a nivel de especialistas, es muy fácil ponerse de acuerdo, pues solamente tienen que cumplirse los criterios diagnósticos. Y, por último, también permite definirla en mejor forma.

Podemos decir entonces que la depresión se clasifica de la siguiente manera:

- **Depresión mayor**
- **Distimia**
- **Trastorno bipolar**

Depresión mayor

Se caracteriza por un periodo de dos semanas consecutivas en el que hay un estado de ánimo deprimido, pérdida del interés o placer en casi todas las actividades y al menos otros cuatro síntomas de la depresión. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día.

En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. La depresión mayor es dos veces mas frecuente en mujeres que en hombres, puede iniciar a cualquier edad aunque la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida.

Se puede presentar depresión mayor sólo una vez, o se pueden presentar recaídas. Después de un primer episodio de depresión mayor, se tiene una probabilidad mayor de 50% de presentarla de nuevo. Las posibilidades de recurrencia aumentan con cada episodio. Si se tiene dos veces, las probabilidades de un tercer episodio aumentan hasta en un 70%.⁵¹

⁵¹ Op. Cit. Guía de la clínica mayo sobre depresión. Pág. 50

La depresión mayor puede ocurrir con otras enfermedades mentales, como la ansiedad o los trastornos de la comida, trastornos obsesivos compulsivos, trastornos relacionados con sustancias. Los eventos estresantes de la vida y las pérdidas significativas, son los dos factores precipitantes más frecuentes de este tipo de depresión.

Distimia

Se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente deprimido que esta presente la mayor parte del día, de la mayoría de los días durante al menos dos años. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable más que depresivo y la duración máxima determinada es de un año.⁵²

El término tiene su origen en los griegos, que creían que el timo era la raíz de todas las emociones. De aquí, dis, que significa “malo” y timia, que denota un trastorno de la mente.

Generalmente no es incapacitante y los periodos de Distimia pueden alternar con intervalos breves normales, muchas personas con este trastorno se aíslan socialmente y son menos productivas, además después de los dos primeros años de distimia puede sobre añadirse episodios depresivos mayores, en este caso el trastorno es llamado **depresión doble**.

Las mujeres son dos a tres veces mas propensas que los varones a presentar distimia, en los niños parece presentarse por igual en ambos sexos. Algunas personas la desarrollan después de los 50 años de edad, muchas veces después de una enfermedad. Por lo menos 75% de las personas con Distimia tienen otros problemas de salud.

Trastornos bipolares

Algunas personas con depresión tienen ciclos recurrentes de depresión y manía. Esta enfermedad, que incluye emociones en ambos polos se conoce también como trastorno maniaco depresivo.

⁵² Juan J. Ibor-Aliño. Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV. Barcelona España 1995. Pág. 352.

No es tan frecuente como la depresión mayor o la distimia, tanto los hombres como las mujeres tienen el mismo riesgo de la enfermedad. Aparece típicamente en la adolescencia o en la vida adulta temprana y continua ocurriendo intermitentemente en la vida. Aunque infrecuentemente puede ocurrir por primera vez a los 80 años. La disminución de la prevalencia de casos en esta población geriátrica puede estar influida por verse encubierta por problemas de demencia o abuso de alcohol.

La etiología no se conoce con certeza. En los jóvenes los factores genéticos y familiares son importantes. Lo mismo sucede en la población geriátrica de menor edad, sin embargo, en los ancianos de edad avanzada, se encuentran con mucha frecuencia, factores ambientales estresantes y patología orgánica cerebral, enfermedades físicas, uso de medicamentos (antidepresivos, esteroides, etc.) y estados tóxicos como causantes de del cuadro clínico.⁵³

Los signos y síntomas del trastorno bipolar tienden a hacerse más serios con el tiempo. Puede empezar con episodios de depresión, manía o una mezcla de síntomas maníacos y depresivos, separados por periodos “normales” sin síntomas. Con el tiempo, los episodios bipolares se hacen mas frecuentes, con periodos normales más cortos. La depresión severa o la euforia pueden acompañarse de psicosis, incluyendo alucinaciones y delirios.

Hay tres tipos de trastorno bipolar:

Trastorno bipolar I: Se caracteriza por uno o más periodos de depresión mayor y por lo menos uno de manía o un episodio mixto, aproximadamente el 60-70% de los episodios maníacos se presentan antes o después de un episodio depresivo mayor. Los síntomas psicóticos pueden aparecer en días o semanas en lo que antes era un episodio maniaco o mixto no psicótico.

Trastorno bipolar II: Se caracteriza por presentar uno o mas episodios de depresión mayor y por lo menos un periodo hipomaniaco. Estos periodos de euforia no son tan extremos como en el bipolar I. Los síntomas psicóticos no se presentan, al parecer son menos frecuentes que los del trastorno bipolar I.

⁵³ Op. Cit. Guía de la Clínica Mayo, sobre Depresión, Pág. 53.

Trastorno ciclotímico: La característica esencial de este trastorno es una alteración del estado de ánimo crónico y con fluctuaciones que comprenden numerosos periodos de síntomas hipomaníacos y numerosos periodos de síntomas depresivos. Los síntomas hipomaníacos y depresivos son insuficientes en número, gravedad, importancia o duración para cumplir los criterios para un episodio maniaco y para un episodio depresivo mayor.⁵⁴

4.8 Especificaciones para describir el episodio actual o más reciente en una depresión

Su finalidad es la de aumentar la especificidad diagnóstica y proporcionar subgrupos más homogéneos, facilitar la selección del tratamiento y mejorar la predicción del pronóstico.

Crónica

Esta especificación se refiere a aquellos estados depresivos que duran más de dos años. La predisponen, la confluencia de distimia y depresión mayor, la aparición muy temprano en la vida del paciente y aquellos pacientes que sufren de un estado comórbido de ansiedad, enfermedad física y los que tienen una historia de abuso de sustancias.

Todas las depresiones crónicas tienen mal pronóstico, la peor de ellas es la depresión doble. Estas depresiones se asocian frecuentemente con abuso de sustancias psicoactivas, desórdenes de ansiedad y desórdenes de la personalidad.

Leve, moderada, seria.

La depresión mayor puede oscilar entre leve, moderada y seria. La depresión leve implica síntomas que no son tan intensos y que interfieren mínimamente en la vida diaria y en las relaciones. La depresión moderada incluye síntomas más intensos y más alteraciones en el trabajo, escuela, familia y relaciones. La depresión seria implica un gran número de síntomas depresivos y una interferencia significativa en las actividades diarias. En casos extremos, la gente con depresión seria puede no ser capaz de trabajar o cuidarse a sí misma.

⁵⁴ Op. Cit. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales pag. 371, y 384

Episodio único o depresión recurrente.

La depresión se clasifica también de acuerdo al patrón a través del tiempo. Un episodio único de depresión significa que no tiene historia previa de la misma. Como su nombre implica, la depresión recurrente se refiere a más de un episodio de depresión.⁵⁵

Melancolía.

Es un término que se aplica a una depresión mayor con ciertas características, estas incluyen incapacidad para disfrutar las actividades de la vida diaria, incluso si sucede algo bueno, falta el apetito, movimientos lentos y sentimientos de culpa infundados.

Catatonía.

Esta especificación puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maniaco, bipolar. Siendo apropiada cuando el cuadro clínico se caracteriza por una marcada alteración psicomotora que puede consistir en: inmovilidad motora como catalepsia o actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, asumen posturas inusuales, inapropiadas o extrañas, movimientos estereotipados, manierismos, muecas notorias, ecolalia y ecopraxia.⁵⁶

Atípica.

Las personas con esta especificación son capaces de experimentar alegría, aunque sea muy breve. Pero tienden a ser sumamente sensibles al rechazo, comen y duermen más de lo habitual y generalmente se sienten fatigados.⁵⁷

Psicótica.

Es una forma menos frecuente de enfermedad, la gente que la presenta puede tener alucinaciones o delirios. Los delirios son creencias falsas que persisten a pesar de la evidencia en su contra, estos pueden ser paranoides, económicos o médicos.

Inicio en el posparto.

Muchas mujeres presentan una forma de depresión mayor después del parto, llamada depresión posparto. En comparación con la tristeza del bebé, los síntomas son más serios y persistentes. Un

⁵⁵ Op. Cit. Guía de la clínica mayo sobre depresión Pág. 55

⁵⁶ Op. Cit. Depresión en Geriatria

⁵⁷ Op. Cit. Guía de la clínica mayo sobre depresión Pág.:56

episodio de depresión posparto aumenta la probabilidad de tener episodios recurrentes de depresión después de los partos o en otras ocasiones.

Afectivo estacional.

La característica esencial es el inicio y la remisión de los episodios depresivos mayores en una determinada época del año, en su mayoría los episodios empiezan en el otoño o en el invierno y remiten en primavera con menor frecuencia pueden presentarse episodios depresivos en verano. Este patrón de inicio y remisión de los episodios debe haber ocurrido en los últimos dos años, sin ningún episodio no estacional en este periodo.⁵⁸

Debida a un trastorno medico específico.

La característica esencial es una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera debida a los efectos fisiológicos de una enfermedad medica.⁵⁹ Puede ser resultado de enfermedades de la glándula tiroides o de las glándulas suprarrenales. Puede estar relacionada con los efectos de la enfermedad cardiaca, la diabetes, enfermedades neurológicas, degenerativas, alteraciones metabólicas, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades inmunológicas, virales u otros trastornos médicos.

Inducida por sustancias y otras enfermedades mentales. La característica esencial es una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera provocada por los efectos fisiológicos directos de una sustancia, por ejemplo, una droga, un medicamento otro tratamiento somático de la depresión. Otros trastornos mentales se presentan con frecuencia al mismo tiempo que la depresión como la angustia, trastorno obsesivo compulsivo, anorexia, etc.

4.9 Diagnostico de la depresión

El médico es generalmente capaz de diagnosticar una depresión a partir de los síntomas y los signos. Una historia previa o una historia familiar de depresión ayudan a confirmar el diagnóstico.

⁵⁸ Op cit. Guía de la clínica mayo sobre depresión Pág. 57

⁵⁹ Op. Cit. Manual Diagnostico y Estadístico de los Desordenes Mentales. Pág. 375

Se usan cuestionarios estandarizados para ayudar a medir el grado de depresión. Dos cuestionarios de este tipo son la escala de porcentaje de la depresión de Hamilton, que se realiza de modo verbal por un entrevistador, y el inventario de la depresión de Beck, que consiste en un cuestionario que el paciente debe rellenar. Además se cuenta con criterios diagnósticos para cada tipo de depresión de acuerdo a un reconocido manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Las pruebas de laboratorio, generalmente análisis de sangre, mediante el cual se miden los niveles de los neurotransmisores implicados en la fisiopatología de la depresión, pueden ayudar al médico a determinar las causas de algunas depresiones. Esto es particularmente útil en mujeres, en las que los factores hormonales pueden contribuir a la depresión.

En casos difíciles de diagnosticar, los médicos pueden realizar otras pruebas para confirmar el diagnóstico de depresión. Por ejemplo, debido a que los problemas del sueño son un signo prominente de depresión, los médicos especializados en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del humor pueden realizar un electroencefalograma durante el sueño, para medir el tiempo que tarda la persona en llegar a la fase de movimiento rápido de los ojos (el período en el cual ocurren los sueños). Generalmente se tarda unos 90 minutos. En una persona con depresión se suele alcanzar en menos de 70 minutos.

4.10 Pronóstico de la depresión

Una depresión sin tratamiento puede durar 6 meses o más independiente mente de la edad de inicio. En algunos casos hay una remisión completa de los síntomas. En otros aunque pueden persistir síntomas leves, la actividad retorna al nivel premorbido. En general, los depresivos experimentan episodios repetidos de depresión, en un promedio de cuatro o cinco veces a lo largo de la vida.

Hoy en día, generalmente, la depresión se trata sin necesidad de hospitalización. Sin embargo, a veces una persona debe ser hospitalizada, especialmente si tiene ideas de suicidio o lo ha intentado, si está demasiado débil por la pérdida de peso o si tiene riesgo de problemas cardíacos por la agitación intensa.

4. 11 Tratamiento para la depresión

El tratamiento oportuno y adecuado de la Depresión libra al paciente de la miseria de sentimientos deprimidos, incrementa la calidad de su vida y disminuye la morbilidad y mortalidad que acompañan al estado depresivo.

Por obvio que sea, debemos repetirnos hasta la saciedad que cada paciente es una persona única, irrepetible, con sus circunstancias específicas. Por ello se debe individualizar todos los detalles de la terapéutica, desde las medidas de psicoterapia, hasta su posible respuesta a los fármacos, vigilando la evolución de cada paciente y actuando en consecuencia.

La meta del tratamiento debe ser la remisión total de los síntomas. Esta se define como un estado asintomático, con función psicosocial adecuada y con una impresión clínica global, de normalidad del enfermo.

Se considera una depresión en estado de remisión cuando se mantiene la mejoría consistentemente por al menos 8 semanas. La remisión se extiende por 4 a 6 meses, si no ha habido reaparición de los síntomas depresivos, se habla de recuperación.

La remisión no debe confundirse con la respuesta al tratamiento antidepresivo, que es básicamente un concepto de investigación para evaluar la efectividad de las drogas antidepresivas y se define como la disminución de los signos y síntomas depresivos en un 50%.

La mejoría parcial, y la mejoría con síntomas residuales, limitan la calidad de la vida del enfermo, aumenta la recurrencia del episodio depresivo y puede también, aumentar la conducta suicida.

Existen varios tipos de tratamiento para la depresión, que en la actualidad se aplican de manera individual o combinada para una recuperación integral. Los cuales, se mencionan a continuación.

1. Manejo psicoterapéutico de un estado depresivo.

Las técnicas psicoterapéuticas ofrecen una buena alternativa para los estados depresivos leves y moderados y en los severos que se han mostrado como refractarios al tratamiento farmacológico, han manifestado eficacia en la prevención de recaídas y recurrencias, los fármacos parecen aliviar el afecto depresivo, pero no otorgan necesariamente un afecto positivo ósea -el sentirse bien- aquí la intervención psicoterapéutica juega un papel importante ya que disminuye los sentimientos de culpa, la desesperanza, y elevan la autoestima.

No se sabe exactamente como mejora la depresión con la psicoterapia, esto se debe en parte a que los distintos tipos de esta, funcionan en forma diferente. Los profesionales de salud mental creen que la psicoterapia influye sobre la depresión al aprender sobre esta y lo que se puede hacer para tratarla, lo cual proporciona un sentimiento de tranquilidad.

Cambiando los pensamientos, actitudes, comportamientos y relaciones negativas por otras más saludables y positivas, pudiendo así reducir o manejar mejor el estrés. Expresar los sentimientos en una relación terapéutica de apoyo puede ser benéfico, ya que discutir el material emocional en el ambiente adecuado puede favorecer también el conocimiento de si mismo, liberar las emociones negativas y favorecer el cambio.

En el manejo psicoterapéutico de las depresiones, han ganado aceptación dos modalidades de psicoterapia: la **psicoterapia cognitivo-conductual** y la **psicoterapia interpersonal**. Ambas son bien estructuradas y estandarizadas en manuales que facilitan su ejecución y permiten la evaluación de sus resultados con más control y objetividad.

Psicoterapia cognitivo conductual.

Está diseñada específicamente para abordar los pensamientos negativos que acompañan a los estados depresivos, a reconocerlos y desarrollar y practicar pensamientos e interpretaciones positivas que contrarresten el pesimismo de la depresión.

Esta terapia se basa en el principio de que “uno es lo que uno piensa” o mejor dicho, la forma en que uno se sienta, es el resultado de la forma en que se piense de si mismo y de sus circunstancias de la vida, proponiendo que los pensamientos pesimistas y las perspectivas negativas de los eventos de la vida contribuyen a la depresión.⁶⁰

Psicoterapia Interpersonal

Está diseñada para la clarificación y resolución de las dificultades interpersonales del paciente deprimido, a nivel matrimonial, familiar u ocupacional, que se encuentran frecuentemente en estos enfermos y que se piensa juegan un papel en la etiología y en la mantención del trastorno afectivo. El objetivo de esta terapia es mejorar las habilidades de relación y comunicación e incrementar la autoestima.⁶¹

La terapia interpersonal explora típicamente cuatro áreas: 1) Pesar no resuelto, 2) conflictos o disputas con otros, 3) transición de un papel social u ocupación a otro y 4) dificultades con las habilidades sociales.

Debe señalarse, que las intervenciones psicoterapéuticas no están libres de efectos adversos. El psicoterapeuta debe implementar el tratamiento considerando muy bien el potencial de su paciente, tanto desde el punto de vista psicológico-cognitivo, como del punto de vista físico. Las metas de la psicoterapia deben ser adecuadas a las condiciones básicas del enfermo, y los procedimientos adecuados a las circunstancias, por ejemplo, la expresión de emociones puede ser dañino en un paciente con enfermedad cardiovascular.

Existen otras formas de psicoterapia para tratar la depresión, como la Terapia de Grupo, Terapia de Parejas y Familiar.

La Terapia a corto Plazo es eficaz para tratar la depresión leve, la Terapia de Largo Plazo algunas veces llamada Terapia Orientada a la Introspección Psicodinámica o de Apoyo, generalmente dura mas de seis meses y puede continuar durante varios años. El objetivo de esta Terapia no es tanto tratar la depresión si no identificar y cambiar los patrones de comportamiento que aumentan

⁶⁰ Op. Cit. Guía de la clínica Mayo sobre Depresión, Pág. 88

⁶¹ Programa Anual 2003-2004 de Formación Continuada para Médicos de Atención Primaria
www.medynet.com/elmedico/depresiones

el riesgo de depresión. Los individuos que tienen mayor probabilidad de beneficiarse con esta son aquellos cuya depresión se acompaña de otra enfermedad mental como trastorno de alimentación, de ansiedad de abuso de sustancias o patrones de comportamiento persistentemente dolorosas.⁶²

2. Tratamiento farmacológico

Uno de los grandes avances en la medicina, y en particular en la psiquiatría, ha sido el manejo farmacológico de la enfermedad mental. La gama de tratamientos farmacológicos antidepresivos es muy amplia por lo que en este trabajo se presentara una revisión general de ellos. Para lo cual se han dividido a los antidepresivos en los siguientes grupos.

- Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)
- Inhibidores mixtos de la recaptura de serotonina y norepinefrina (IMRSA, ISRNE)
- Inhibidores de la recaptura de dopamina (IRD)
- Inhibidores de la enzima monoamino-oxidasa (IMAO)
- Antidepresivos tricíclicos (AT) y tetracíclicos (ADT)
- Estabilizadores del afecto (EA)

Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina:

Este grupo de medicamentos ha presentado mayor seguridad, facilidad en su uso y por lo tanto más confianza en el manejo farmacológico de la depresión. Su eficacia en producir la remisión de los síntomas y mantener dicha remisión, se ha visto reflejada de forma clara en su empleo cada vez mayor. La toxicidad es nula y la tolerabilidad es buena particularmente si se mantiene el tratamiento en la dosis terapéutica adecuada. Los principales efectos colaterales de esta clase terapéutica son: disminución del apetito, náusea, vómito y diarrea, temblores, nerviosismo, sedación, insomnio y disfunciones sexuales

⁶² Op. Cit. Guía de la Clínica Mayo Sobre Depresión. Pág. 92, 93.

Inhibidores mixtos de la recaptura de serotonina y norepinefrina:

Tienen un perfil de eficacia y seguridad semejantes a los ISRS. Sin embargo debido a que son medicamentos de reciente aparición, la experiencia clínica con ellos es limitada. Sus efectos colaterales son diaforesis, taquicardia y temblores musculares.

Inhibidores de la recaptura de la dopamina:

Como antidepresivos tienen un uso muy limitado y la ventaja sería su diferente mecanismo de acción con sus consecuentes efectos colaterales, pero que en el caso de pacientes que no se pueden medicar con otras clases terapéuticas, suele ser una buena opción. Los efectos colaterales son el; insomnio, agitación psicomotriz, agravamiento de psicosis, ansiedad⁶³

Inhibidores de la enzima monoamino-oxidasa:

Cabe resaltar que fueron estos fármacos los que propiamente iniciaron el tratamiento farmacológico moderno de la depresión. Se ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión, pero dada su toxicidad y dificultad de manejo se han ido relegando a una segunda o tercera opción en el manejo de la depresión.

Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos:

Han sido el manejo estándar de la depresión por varias décadas, hasta la aparición de los ISRS, han sido ampliamente evaluados y su eficacia antidepresiva está bastante documentada desde hace varios años. En muchos sitios del mundo, particularmente en países no desarrollados, continúan siendo el medicamento de primera elección para el tratamiento de la depresión, su ventaja es la gran experiencia clínica y confianza por parte de los médicos con su empleo cotidiano en todo el mundo.⁶⁴

Las principales desventajas son, la dificultad de manejo y el perfil tanto de efectos colaterales, como de interacciones medicamentosas, presentan una seria toxicidad sistémica cuando se han

⁶³ Dr. Humberto Nicolini. Manejo Psicofarmacológico de la Depresión, Folleto Informativo.

⁶⁴ Op. Cit. Manejo Psicofarmacológico de la Depresión.

ingerido en sobredosis o bien cuando existen problemas en el metabolismo de los medicamentos debido a otras enfermedades hepáticas o renales.

Estabilizadores del afecto:

No son un tratamiento de primera línea de la depresión, pero si son de gran utilidad en el control a largo plazo de la misma y se han dirigido principalmente a disminuir la intensidad y evitar el número de recaídas en las depresiones recurrentes.

Así mismo tienen un amplio espectro de efectos colaterales en el sistema gastrointestinal, (diarrea, vomito, dolor abdominal) endocrinológico, (alteraciones tiroideas) renales, (síndrome nefrotico) dermatológicos (dermatitis) cardiacos.

En general todas las drogas antidepresivas han mostrado una respuesta al tratamiento, ningún antidepresivo ha mostrado claramente una acción terapéutica más rápida que lo habitual de dos a cuatro semanas, no todos los pacientes presentan la misma tasa de remisión con un mismo antidepresivo ni todos los pacientes responden igual a todas las drogas.

Terapia de luz o fototerapia

Ha sido utilizado desde principios de la década de 1980 en la gente que presenta trastorno afectivo estacional, consiste en la exposición a la luz intensa en condiciones específicas, el sistema de luz que se utiliza con mayor frecuencia es una caja especial que se coloca en una mesa o escritorio, la cual contiene un conjunto de lámparas fluorescentes con una pantalla que ayuda a bloquear los rayos ultravioleta, que pueden producir cataratas y problemas en la piel, el tratamiento implica sentarse cerca de la caja de luz con las luces encendidas y los ojos abiertos. No se debe mirar directamente la luz, pero se debe tener la cabeza y el cuerpo en tal forma que la luz pueda entrar a los ojos.⁶⁵

⁶⁵ Op. Cit. Guía de la Clínica Mayo. Pág. 105, 106.

Los efectos secundarios son raros y tienden a ocurrir si se usa la terapia de noche, algunas personas presentan irritabilidad, cansancio en los ojos, dolor de cabeza o insomnio, generalmente estos problemas pueden manejarse cambiando la hora o la duración del tratamiento.

Los investigadores especulan también que esta terapia produce cambios en la actividad de la neurotransmisión en ciertas áreas del cerebro. Los científicos están estudiando los efectos de la luz brillante sobre la producción de los neurotransmisores serotonina y dopamina.

Terapia electroconvulsiva:

Es un tratamiento científicamente refinado que se practica cada vez mas en forma ambulatoria y en un sitio semejante al que se utiliza para procedimientos quirúrgicos menores, el paciente es trasladado a la sala en donde se practica el procedimiento, mientras esta acostado, el medico le coloca pequeños electrodos del tamaño de una moneda en la cabeza, mientras tanto se aplica un anestésico, un relajante muscular y una mascarilla de oxigeno, se colocan manguitos de presión arterial alrededor de un brazo y de un tobillo. Con el paciente anestesiado, el medico presiona un botón del aparato de terapia electroconvulsiva esto hace que pase una pequeña corriente eléctrica a través de los electrodos al cerebro, produciendo una convulsión que generalmente dura 30 a 60 segundos, debido a la anestesia y al relajante muscular el paciente permanece relajado y sin tener conciencia de la convulsión, la única indicación exterior de que se esta presentando una convulsión puede ser un movimiento rítmico de un pie o de una mano.

Unos cuantos minutos después., los efectos de la anestesia y del relajante muscular empiezan a desaparecer y el paciente es llevado a una sala de recuperación, al despertar puede presentar un periodo de confusión, alteración de la memoria, nausea, dolor de cabeza, dolores musculares o en la mandíbula que dura de unos minutos a unas horas.

No se sabe con certeza la forma en que la TEC ayuda a tratar la depresión, sin embargo, se sabe que muchos aspectos químicos del funcionamiento del cerebro se alteran durante y después de la actividad convulsivante, los investigadores piensan que cuando se administra TEC en forma regular, estos cambios químicos, se acumulan, disminuyendo en alguna forma la depresión.⁶⁶

⁶⁶ Op. Cit. Guía de la Clínica Mayo. Pág. 98,99

Este tratamiento se indica primariamente para los casos refractarios, para los enfermos con un estado depresivo severo con riesgo de peligro físico inmediato y para aquellos enfermos que no toleran el tratamiento farmacológico.

El TEC no previene las recurrencias de la enfermedad afectiva, por lo que después de completado el tratamiento el paciente puede recibir un antidepresivo para prevenirlas o, considerar el tratamiento de mantención. Es decir seguir recibiendo el TEC con menor frecuencia, algunas personas reciben el TEC periódicamente durante un año o más.

Estimulación del nervio vago

El nervio vago es un nervio importante que conecta el tallo cerebral con los órganos del tórax y abdomen, corazón, pulmones e intestinos, este va del abdomen y tórax a través del cuello al tallo cerebral a través de un pequeño orificio en el cráneo, es una vía importante por la cual viaja la información hacia y desde el sistema nervioso central.

La estimulación eléctrica del nervio vago se desarrollo originalmente para tratar a individuos con convulsiones epilépticas refractarias y, últimamente, se ha acumulado cierta evidencia de que este procedimiento es útil en el tratamiento de las depresiones que no han respondido otras formas de tratamiento. Esto a partir de que los investigadores notaron que la gente que la recibía para tratar el trastorno convulsivo, presentaba una mejoría del estado de animo.

Igual que con muchos otros tratamientos no se sabe con certeza cual es el mecanismo de acción de la estimulación vagal que mejora la depresión. A través de ella se estimula el cerebro, por lo que se supone provoca cambios en diversos sistemas de neurotransmisores. Por lo que continúa siendo estudiado.

El procedimiento consiste en la implantación mediante cirugía, de un pequeño generador eléctrico de pulso del tamaño de un reloj de bolsillo, en la parte superior izquierda del pecho, alambres diminutos van por debajo de la piel hasta el cuello, en donde se envuelven alrededor del nervio vago. El generador está programado para lanzar pequeños pulsos eléctricos

intermitentes al nervio vago. Al momento de la estimulación algunos pacientes pueden experimentar una sensación de hormigueo, ronquera o, urgencia por toser.⁶⁷

Estimulación magnética transcraneana (EMT)

En esta, la corriente eléctrica pasa por una bobina localizada dentro de un dispositivo manual, creando un pulso magnético intenso que pasa a través del cuero cabelludo y del cráneo cuando el dispositivo se mantiene sobre la cabeza, el pulso magnético estimula las células nerviosas del cerebro.

El procedimiento generalmente tarda 20 a 30 minutos, tiempo en el cual se esta despierto y alerta, no requiere anestesia, el cerebro no recibe una estimulación eléctrica directa y el proceso no produce intencionalmente una convulsión, sin embargo ocasionalmente puede ocurrir una, pero no produce dificultades en el pensamiento o la memoria.

La mayoría de los estudios, aunque no todos, indican que esta forma de tratamiento una vez al día durante dos semanas o más puede aliviar síntomas depresivos en personas con depresiones refractarias.

Aunque esta terapia es considerada todavía como un tratamiento experimental, la evidencia relacionada con su seguridad y eficacia ha sido favorable, si la investigación produce resultados exitosos, es posible que en cinco o diez años pueda ser una forma común de tratamiento para las personas con depresión grave.⁶⁸

⁶⁷ Op. Cit. Guía de la Clínica Mayo. Pág. 109.

⁶⁸ Op. Cit. Guía de la Clínica Mayo. Pág. 108.

CAPITULO V. LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

La depresión en el adulto mayor llevada al concepto de “depresión senil” no es correcto desde el punto de vista clínico psiquiátrico, ya que se plantea en forma sentenciosa e incomprensiva, proponiendo que, en todos los adultos mayores deba existir depresión.

En el adulto mayor al igual que en adultos o en jóvenes, se presentan, aunque con mas frecuencia, los llamados equivalentes depresivos, que son casi siempre “síntomas somáticos”, estos se presentan en sustitución de desordenes del humor, siendo los mas frecuentes; cefaleas, dolores vertebrales, desórdenes subjetivos del equilibrio, desórdenes psicofisiológicos diversos, así como trastornos del sueño.⁶⁹

Se ha dicho, que la depresión es la enfermedad de la pérdida. Nos deprimimos cuando perdemos la ocupación, cuando nos jubilamos o nos jubilan, cuando nos enfermamos y en consecuencia perdemos nuestra independencia, perdida de status, cuando perdemos a un ser querido, etc. Estas circunstancias se dan con mayor frecuencia en el adulto mayor, en especial si esa etapa de la vida se acompaña de enfermedades degenerativas, vasculares y cáncer, entre otras, por representar perdida de salud e independencia.

También puede ocurrir la viudez y la soledad se hace más notoria. La depresión es la causa de dos terceras partes de los suicidios en los adultos mayores y está asociada con soledad, aislamiento y pérdida de posición en el esquema social.⁷⁰

Es primordial aprender a reconocer los problemas depresivos en los adultos mayores. En ellos suelen manifestarse por pérdida de la memoria, falta de iniciativa, lentitud de los movimientos y deseos por morir, por nombrar algunos de los síntomas. En tales casos, uno de los principales desafíos consiste en diferenciarlo de enfermedades que producen síntomas similares como las demencias, hipotiroidismo o problemas neurodegenerativos, entre otras.

⁶⁹ Op. Cit. Introducción a la geriatría Pág.: 271

⁷⁰ Depresión mal de nuestra era <http://www.saludhoy.com>

5.1 .Síntomas de la depresión en el adulto mayor

La sintomatología clínica de los episodios depresivos que ocurren en el adulto mayor es esencialmente la misma que aparece en otras etapas de la vida. Sin embargo, existen algunos rasgos diferenciales, como:

1. Con frecuencia no es la tristeza el motivo de la consulta, sino que, en general, los ancianos deprimidos acuden por tres tipos de circunstancias:

- Quejas físicas
- Perturbaciones sociales y familiares
- Quejas de tipo económico

2. Suele existir una intensa ansiedad, preocupaciones de todo tipo, sensación de soledad y de fracaso, preocupación por problemas físicos, miedo intenso a sucesos de baja ocurrencia de probabilidad, etc.

3. Son frecuentes las auto-acusaciones, la baja autoestima, las ideas de ruina y los delirios nihilistas, pensamientos negativos acerca del pasado, decepción con los hijos. Puede aparecer ideación auto-lítica que en general suele ser grave.

4. Entre los síntomas físicos destacan insomnio, anorexia, estreñimiento, ansiedad, dolores erráticos, marcha encorvada a pequeños pasos. Su aspecto es de abatimiento, tristeza, cierto estado de confusión y falta de motivación.⁷¹

5.2 Depresión y sistema inmunológico en el adulto mayor

La depresión y el Sistema Inmunológico tienen relaciones recíprocas. Las alteraciones que la depresión provoca en este sistema varían, dependiendo de la su severidad y de la edad y el sexo

⁷¹ Maria Gonzáles Depresión en ancianos, un problema de todos. Rev. Cubana 2001

del enfermo. El estrés puede inhibir o incrementar las respuestas inmunológicas. Por su parte, el Sistema Inmunológico contribuye a la patofisiología de algunos trastornos psiquiátricos, como la depresión, la demencia, el delirium y la esquizofrenia.

El Sistema Inmunológico funciona como un órgano sensorial que prepara al cerebro para una respuesta inmunológica de defensa. Este sistema consiste de células especializadas como las células T y B y en el cerebro, los astrocitos y la microglia. Estas células especializadas, en ciertas circunstancias (estrés [depresión], presencia de agentes patógenos, inflamación), liberan sustancias denominadas mediadores de inmunidad. Estos mediadores consisten primariamente de citokinas.).

La comunicación del Sistema Inmunológico con el cerebro se realiza mediante estas citokinas que afectan las funciones neuronales, neuroendocrinas y conductuales, actuando sobre receptores específicos y que al parecer pueden producir estados depresivos.

Una persona con una enfermedad física puede presentar un afecto deprimido, falta de apetito y baja del peso corporal, somnolencia y alteraciones del sueño, fatiga y lentitud psicomotora con reducción del interés por el ambiente inmediato, físico y social. Estas reacciones se conocen como "conducta de enfermedad"; en la enfermedad infecciosa aguda esta conducta se considera como una respuesta adaptativa, pero en una enfermedad física crónica con intensa activación inmunológica, la conducta de enfermedad puede convertirse en un episodio depresivo.⁷²

5.3 Depresión y funcionamiento cognitivo en el adulto mayor

La depresión no sólo afecta la vida del adulto mayor llenándola de pensamientos melancólicos, sino que, además, disminuye su funcionamiento afectando su estado general. Típicamente el paciente deprimido se queja de baja de la memoria con disminución de la capacidad de concentración, con lentitud psicomotora y dificultad para tomar decisiones. Es fácil, entonces,

⁷² Op Cit "Depresión en Geriatria".

figurarse el impacto de la enfermedad depresiva en la población geriátrica que ya tiene muchas pérdidas de habilidades, de autoestima y de apoyo social. Si a esto le agregamos el enlentecimiento cognitivo del envejecimiento normal, y el deterioro de la demencia en muchos adultos mayores, la depresión agregada, resulta en un dramático déficit funcional.

Los estados depresivos se acompañan con fallas evidentes del funcionamiento cognitivo, baja de la atención y de la velocidad del pensamiento, pero además, en las pruebas psicológicas finas se muestran otras deficiencias más sutiles. Por ejemplo: una "agnosia afectiva", o sea, una incapacidad para percibir o entender claves pertinentes a la emoción expresada en la cara de una persona, a pesar de conservar normal la función sensorial primaria, hay dificultad en la utilización del material almacenado en la memoria, dificultad en el "acceso" a recuerdos positivos de si mismo, dificultad en algunos aspectos de la memoria visuo-espacial y en la capacidad de abstracción.⁷³

Estos déficits cognitivos asociados a los estados depresivos pueden mejorar con el tratamiento antidepressivo, pero también pueden persistir, por lo que su identificación y tratamiento específico son una parte integral del manejo de las depresiones.

5.4 Factores frecuentes que precipitan la aparición de la depresión en el Adulto Mayor.

En los adultos mayores, los siguientes factores biológicos, psicológicos y sociales pueden contribuir al desarrollo de la depresión.

a) Enfermedades Físicas

La relación de los estados depresivos con las enfermedades físicas es muy estrecha, especialmente en geriatría, ya que la depresión provoca alteraciones inmunológicas y

⁷³ Op. Cit. Depresión en Geriatría.

neuroendocrinas que condicionan y facilitan la emergencia de enfermedades varias, dependientes de estos sistemas.

La depresión puede ocurrir con trastornos más frecuentes a edad avanzada, como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, los ataques cerebrales, cardíacos y el cáncer.⁷⁴ Debido a que los síntomas de estas enfermedades pueden sobreponerse con los de la depresión, esta a menudo no se diagnostica en los adultos mayores con estos y otros problemas de salud.

En un comienzo se pensó que la asociación de enfermedad física y depresión era secuencial y reactiva, es decir, la depresión se consideró como una reacción psicológica ante la pérdida que significa la enfermedad física. Sin embargo, hay situaciones clínicas en las que la depresión parece realmente secundaria a una patología física.

Cuando se habla de la depresión como otra expresión sintomática del trastorno físico, la depresión es parte del cuadro clínico de la enfermedad física, como ocurre en el hipotiroidismo, ya que la depresión podría provocarlo, al alterar el estado afectivo y las funciones neuroendocrinas cerebrales.⁷⁵

Las depresiones asociadas a enfermedades físicas como anteriormente se explica son clasificadas como depresiones debidas a una condición médica general. Esta relación puede, en muchos casos, estar mediada por el sistema inmunológico.

b) Medicamentos:

Algunos medicamentos pueden precipitar la depresión, otros pueden hacerlo más vulnerable alterando sus niveles hormonales o interactuando con otros medicamentos. Otros pueden causar fatiga, y esta puede llevar a la falta de ejercicio, nutrición deficiente y aislamiento social, factores que pueden precipitar la depresión. En otros casos algunas personas pueden usar mal sus medicamentos o combinarlos con alcohol, que es un depresor, esto puede aumentar también el

⁷⁴ Op. Cit. Guía de la Clínica Mayo Sobre Depresión. Pág. 139

⁷⁵ Op. Cit. Depresión en Geriátria.

riesgo de depresión. Esto es evidente en el adulto mayor, pues el consumo de numerosos medicamentos se hace notar al transcurrir los años, en la medida que las numerosas patologías que ellos sufren lo exigen.

Como se puede observar, los aspectos que se mencionan constituyen en su trato biológico un momento propicio para el desarrollo de los trastornos depresivos en el adulto mayor. Sin embargo también existen otros factores que pueden contribuir a la presencia de depresión, son los sociales.

c) Aspectos sociales

En nuestra sociedad actual la baja productividad del anciano, lleva a este a sentirse como un individuo deteriorado, sin valor, las múltiples fallas orgánicas y las enfermedades repetidas y crónicas lo llevan a un sentimiento de pérdida de valor físico y social. La soledad tanto real como emocional, derivada de la pérdida de sus capacidades, del rechazo, por diversos sectores de la sociedad, la jubilación, la desintegración de la familia por la partida de los hijos, o del cónyuge, la muerte de este, pérdida de amigos etc., contribuyen a la presencia de depresión .

El detrimento de la capacidad para desarrollar actividades en forma progresiva, por las limitaciones físicas, hace que disminuyan los intereses y alicientes, así como las perspectivas para el futuro, haciéndose cada vez mas presente la cercanía de su propia muerte

d) Jubilación

Muchos adultos mayores hacen una transición suave entre el trabajo y el retiro, pero algunos tienen mas dificultad, especialmente los que deriven su autoestima y satisfacción de su carrera. El retiro puede significar también cambiarse a un nuevo sitio y la pérdida de lazos bien establecidos.⁷⁶

⁷⁶Op. Cit. Guía de la Clínica Mayo Pág.: 140

e) Duelo:

Al avanzar la edad se tiene mayor probabilidad de sufrir la muerte del cónyuge un familiar o un amigo y la tristeza y aflicción que acompañan a la muerte. El duelo, reacción emocional de carácter depresivo que aparece normalmente ante la pérdida de un ser querido, es frecuente en la población geriátrica, Sin embargo, se necesita tener especial cuidado cuando:

- La reacción de duelo ocurre en una persona con historia de depresión.
- La reacción de duelo ocurre en una persona en tratamiento por una depresión.
- Presencia de ideas suicidas.

f) falta de solidaridad familiar

Dentro del núcleo familiar los ancianos, están dejando de jugar el papel de guía y apoyo que tradicionalmente tenían y están pasando a ser sujetos de abandono y en ocasiones de maltrato, sobretodo si tomamos en cuenta que la familia extensa de años anteriores consideraba a sus ancianos como ejes a través de los cuales se desempeñaban todos sus miembros merecedores de respeto atención y apoyo, por lo contrario en la actualidad nos encontramos a la familia nuclear cuya dinámica a ubicado a los senectos como miembros secundarios y donde se les juzga como personas que ya no son útiles.

Lo anterior lleva a un estado de desequilibrio en el anciano, ya que además no logra adaptarse fácilmente a los cambios que su edad implican, y a su vez su estado de salud ya no es el optimo por que el declive de funciones en sus aparatos, órganos y sistemas se hace presente, surgen las enfermedades y padecimientos propios de su edad que en ocasiones les impiden valerse por si mismos y tener independencia, su inestabilidad económica, la soledad, el temor a la muerte, y muchas otras situaciones, que se ya se han ido mencionado a lo largo de esta investigación y que finalmente vienen a desencadenar problemas de depresión.

Por otro lado los ancianos que se encuentran internos en instituciones como son los Asilos, Casas de la tercera edad, Casas de Dia, Casas Nocturnas, entre otras, para su protección y cuidado, pudieran desarrollar con mayor frecuencia los episodios depresivos ya que en este caso, por bien atendidos que estén, el cambio repentino en su ambiente, el estado de salud en que se encuentren y la falta de familiares los desencadenan.

Con la presencia de la depresión en el adulto mayor surge otro conflicto, este se refiere al riesgo de suicidio que se hace inminente, atentando contra el bienestar y la vida del anciano.

g) Reflexión

Con la edad se tiende a pensar en lo que ha sido nuestra vida y nuestros logros, algunas personas se entristecen por un sentimiento de no haber logrado sus expectativas, o se desilusionan porque no hicieron las cosas diferentes en su vida.

h) Confrontar la muerte

Algunas personas tienen problemas para aceptar que su vida puede estar cerca del final.

La depresión no reconocida y no tratada en el adulto mayor puede tener consecuencias graves sobre su vida, puede llevarlo a una disminución del funcionamiento físico y a depender más de los demás, puede incluso asociarse a un riesgo aumentado de muerte prematura en las personas que tienen ciertas formas de enfermedad, como por ejemplo la cardiaca, incluyendo trastornos del ritmo cardiaco (arritmias) y disminución del flujo de sangre al corazón (cardiopatía coronaria)

5.5 Alzheimer y depresión

Dos enfermedades bastante frecuentes en los adultos mayores como ya se ha mencionado, son: la enfermedad de alzheimer, y la enfermedad de parkinson, debido a que ciertos síntomas asociados a estas enfermedades pueden ser similares a los de la depresión, algunas veces puede ser difícil identificar si una persona tiene enfermedad de alzheimer temprana, parkinson o una combinación de estas, lo cual es importante determinar para aplicar el mejor tratamiento.

A continuación una lista de algunas de las diferencias entre la depresión y la enfermedad de alzheimer:

*Un individuo con depresión puede hacer pocos esfuerzos por desempeñarse bien en las pruebas que los médicos utilizan para valorar la memoria. Por el contrario una persona que no esta deprimida pero que puede tener enfermedad de alzheimer, generalmente coopera y trata de desempeñar las tareas lo mejor que puede.

*Un individuo que esta deprimido puede no disfrutar las experiencias normalmente agradables o interesantes. Un individuo con alzheimer generalmente sigue disfrutando las actividades que encuentra agradables o interesantes.

*Un individuo que presenta depresión sigue hablando y comprendiendo el lenguaje y puede llevar a cabo actividades motoras bien aprendidas sin dificultad. Una persona con alzheimer puede empezar a tener dificultad para hablar, nombrar los objetos, escribir o entender el lenguaje, puede tener cierta dificultad para llevar a cabo actividades motoras comunes como vestirse.

*Una persona deprimida a menudo responde bien al tratamiento antidepresivo. Una persona con alzheimer que no se acompaña de depresión generalmente no responde a los antidepresivos. Una persona con ambas, puede mostrar cierta mejoría con los antidepresivos. Los síntomas de la

depresión pueden mejorar, pero el medicamento no trata los síntomas de la enfermedad de alzheimer.⁷⁷

5.6 Enfermedad de parkinson y depresión

Aproximadamente el 40% de la gente con enfermedad de parkinson desarrolla también depresión. En uno de cada cuatro de estos individuos, los síntomas de depresión pueden ocurrir meses e incluso años antes de que se diagnostique parkinson.

Es bien sabido que las limitaciones físicas provenientes de la enfermedad de parkinson, pueden ser frustrantes y estresantes, pero la depresión en una persona con esta enfermedad generalmente no es una reacción a la incapacidad física, más bien deriva de los cambios cerebrales asociados a la enfermedad de parkinson.

Por consiguiente el diagnóstico de depresión en un adulto mayor con parkinson puede ser difícil porque los síntomas de las dos enfermedades pueden ser similares. Sin embargo, la gente con parkinson que no está deprimida generalmente tiene buen apetito, aunque puede bajar de peso.

Otra distinción es el interés y el placer en ciertas actividades, aunque una persona con parkinson puede frustrarse por sus limitaciones físicas y como resultado, evitar ciertas cosas, sigue interesada todavía en las actividades. Por otro lado una persona deprimida generalmente no participa ya en actividades placenteras porque no las encuentra interesantes o agradables.

5.7 Ataque cerebral y depresión

Un ataque cerebral ocurre cuando un vaso sanguíneo del cerebro se rompe o se bloquea, dañando el tejido cerebral. Frecuentemente ocurre en adultos mayores y puede causar complicaciones

⁷⁷ Op. Cit. Guía de la Clínica Mayo, Pág.:141-142

leves a serias dependiendo de la parte del cerebro involucrada, pueden resultar diferentes patrones de dificultad muscular, dificultad para hablar y alteración de la memoria.

Existe también una fuerte relación entre este y la depresión, hasta un 50% de la gente que presenta un ataque cerebral desarrolla depresión en los siguientes dos años. El riesgo de depresión no coincide con el grado de dificultad física producida por el ataque, algunos individuos con dificultades físicas leves pueden deprimirse, mientras que otros con dificultades físicas serias no presentan depresión.

Como otras formas de depresión, la que sigue al ataque cerebral puede tratarse a menudo con medicamentos, psicoterapia o ambos. Desafortunadamente la depresión a menudo no se reconoce en este grupo de gente. Los médicos, familiares y la gente que se recupera de un ataque cerebral, puede suponer equivocadamente que los síntomas depresivos son “normales” en estas circunstancias.

Una razón importante para diagnosticar a tiempo y tratar la depresión, es que el tratamiento puede incrementar la capacidad de un individuo para recuperarse de los efectos físicos del ataque cerebral.⁷⁸

5.8 Problemas cardíacos y depresión

Parece que la cronicidad de la enfermedad cardiovascular y el número de medicamentos, especialmente los cardíacos, que toma el paciente, aumentan la tasa de los estados depresivos.

Se postula que en las depresiones y en los desórdenes de ansiedad se produce un aumento del tono simpático y una baja de la actividad parasimpática. Esta última provoca una disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca, disminuyendo la flexibilidad de la adaptación de este órgano a las demandas del organismo, lo que constituye un aumento de la vulnerabilidad cardíaca.

⁷⁸ Op. Cit. Guía de la Clínica Mayo. Pág. 143.

A estos factores bioquímicos hay que agregar que los pacientes deprimidos pueden presentar una adhesión menor al tratamiento cardiovascular indicado, con aumento de las complicaciones y de la fatalidad.

En la actualidad se realizan estudios para determinar si el tratamiento oportuno y adecuado de las depresiones, reduce el riesgo de las enfermedades cardiovasculares, y mejora el pronóstico de ellas.

Pero la depresión no solo es un indicador de riesgo para las enfermedades con fuerte componente vascular, también se ha observado que en otras patologías, como en el cáncer de mama, cuya tasa de incidencia aumenta en las mujeres que han sufrido de una depresión, algo similar ocurre con el cáncer de la próstata. Incluso, la historia de un episodio depresivo mayor en el pasado, aumenta la mortalidad de los pacientes con enfermedad física que son hospitalizados por ésta. Por lo que habría que agregar una larga lista de asociaciones de depresión y enfermedad física.⁷⁹

5.9 La habituación como causa de depresión en el adulto mayor.

Berger y Lukman afirman que toda actividad humana está sujeta a la habituación. Todo acto que se repite con frecuencia crea una pauta que luego puede reproducirse con economía de esfuerzos y que ipsofacto es aprendida como pauta sobre el que la ejecuta, además, la habituación implica que la acción de que se trata puede volver a ejecutarse en el futuro de la misma manera y con idéntica economía de esfuerzos. Esto es válido para la actividad social, tanto para la que no lo es, las acciones habitualizadas retienen por supuesto su carácter significativo para el individuo, aunque los significados que entrañan llegan a significarse e incrustarse como rutinas en depósito general de conocimientos que da por establecido y que tiene a su alcance para sus proyectos futuros.

⁷⁹ Op. Cit. "Depresión en Geriátrica".

La habituación comporta la gran ventaja psicológica de restringir las opciones. Si bien en teoría pueden existir tal vez unas cien maneras de emprender la construcción de un objeto. La habituación la restringe a una sola, lo que libera al individuo de la carga de las decisiones proporcionando un alivio psicológico basado en la estructura de los instintos no dirigidos del hombre

La habituación provee el rumbo y la especialidad que faltan en el equipo biológico del hombre, aliviando de esa manera la acumulación de tensiones resultantes de los impulsos no dirigidos, y al proporcionar un trasfondo estable en el que la actividad humana puede desenvolverse en un margen mínimo la más de las veces, libera energía para aquellas decisiones que pueden requerirse en ciertas circunstancias. En otras palabras, el trasfondo de la actividad habitualizada abre un plano para la deliberación y la innovación.

De acuerdo a los significados otorgados por el hombre a su actividad, la habituación tornó innecesario volver a definir cada situación paso por paso bajo sus predefiniciones, pueden agruparse una cantidad de situaciones y así se puede anticipar la actividad que habrá de realizarse en cada una de ellas y hasta es factible aplicar a las alternativas del comportamiento un patrón de medida.

Esta construcción teórica de Berger y Lukman explica en parte dos aspectos a considerar cuando se habla de depresión en geriatría y que son: 1 la naturaleza humana y 2 la habituación como fenómeno de acostumbramiento del individuo, que cuando le son cambiadas las pautas de su habituación, no solo adquiere tensión y miedo (angustia) por las decisiones que hubiera que tomar, sino que también por las decisiones que a estas alturas de su vida habrán de tomar por él sin considerar ninguna de sus habituaciones anteriores y sin saber si podrá iniciar algunas nuevas o su salud física y mental se verán afectadas ante el hecho de cambios voluntarios e involuntarios en el ritmo normal de su vida.⁸⁰

⁸⁰ Op. Cit. "Ensayo sobre Depresión en Geriatría". Pág. 20

Por otro lado otros factores importantes que deben tenerse presentes en el desencadenamiento de estados depresivos en geriatría, son los elementos de personalidad como, la dependencia que aumenta con las limitaciones que acompañan a la vejez y también lo opuesto, personas con un gran sentido de independencia y con una historia de logros personales, que ya no pueden manejar, ni solucionar, las limitaciones que trae la enfermedad física y las dificultades económico-sociales que los obliga a un estado de dependencia que les resulta difícil de aceptar.

El aislamiento lleva al adulto mayor a la depresión y a un deterioro mental progresivo e irreversible, sus enfermedades preexistentes se agravan y la más grande es el suicidio.

5.10 Apatía y depresión en el adulto mayor.

Tanto la depresión como la apatía suelen acompañar a muchos trastornos neurológicos como: el accidente vascular cerebral la Enfermedad de Alzheimer, e incluso se presenta en individuos aparentemente normales. La apatía, un síndrome amotivacional, es definido como un estado en que el paciente está afectivamente plano, sin interés, ni siquiera por su propia situación, sin reactividad emocional, ni a los acontecimientos positivos, ni a los negativos; sin preocupación por su medio, ni curiosidad.⁸¹

La depresión, en cambio, es un estado emocional de tristeza, de sufrimiento, con baja de la autoestima y en las depresiones mayores, con sentimientos de desesperanza y de culpa, y síntomas neurovegetativos. La apatía suele ser frecuente en las depresiones geriátricas.

5.11 Angustia y depresión en el adulto mayor

La angustia y la ansiedad se presentan frecuentemente en el senescente, en ocasiones como respuesta incidental ante condiciones ambientales difíciles o situaciones de crisis familiar, económicas, soledad, viudez, etc.

⁸¹ Op. Cit. "Depresión en Geriatría".

La angustia es acompañante inseparable de la depresión y aun más como resultante de condiciones orgánicas de tipo cardiovascular, arteriosclerosis e hipertensión arterial o de tipo endocrinológico como diabetes trastornos tiroideos entre otros. Por lo que frecuentemente esta se confunde con depresión y su diagnóstico no siempre es fácil.⁸²

Por otro lado la ansiedad y la depresión se consideran categorías diagnósticas diferentes, pero suelen estar íntimamente relacionadas. La explicación más clara se refiere a la depresión que surge de un intento de solucionar un problema. La solución del problema supone un esfuerzo que genera una ansiedad que se va incrementando a medida que se comprueba que no se puede solucionar el problema. En ese momento aparece la depresión, pero lógicamente no se abandona del todo el intento de solución del problema con lo cual la ansiedad persiste asociada a la depresión.

5.12 Diagnóstico de la depresión en el adulto mayor

El cuadro clínico de la Depresión en geriatría puede tener la misma presentación que en los pacientes jóvenes, sin embargo, muy a menudo, pueden presentar algunas variaciones clínicas que hacen más difícil el diagnóstico de esta condición.

Así, se pueden presentar más aislamiento social y más fallas cognitivas, más síntomas neurovegetativos y menos disforia; estos enfermos suelen quejarse de más fatiga, desinterés, trastornos del sueño (intermedio y terminal) y cansancio, y más síntomas somáticos; estas características se acentúan aún más, en los enfermos de edad más avanzada. La depresión aparece entonces, muchas veces, enmascarada detrás de síntomas somáticos o déficits cognitivos que pueden tener también su realidad propia, y se presentan magnificados por la depresión.⁸³

⁸² Op. Cit. Introducción a la Geriatria. Pag. 273

⁸³ Op. Cit. Internet. "Depresión en Geriatria".

5.13 Pronóstico de la depresión en el adulto mayor

El pronóstico de estas depresiones geriátricas es más maligno. La depresión en este caso, responde más lentamente al tratamiento, toma fácilmente un curso crónico o, recurre muy pronto después de estabilizada, en un número considerable de pacientes geriátricos deprimidos, entre más avanzada es la edad del paciente cuando aparece la depresión, más posibilidades de cronicidad.

Agravan las depresiones, empeorando su pronóstico, incluyendo posibilidades de suicidio, el aislamiento social, la falta de un sistema de apoyo (familiares), y la presencia de una enfermedad física debilitante.

5.14 Tratamiento de la depresión en el adulto mayor

Por los cambios biológicos propios de la vejez, alteración del metabolismo y de la tolerancia a las drogas, el tratamiento con los fármacos antidepresivos se inicia con dosis bajas que se suben lentamente, para evitar complicaciones.

Los pacientes con ansiedad son particularmente sensibles a los efectos activantes de los antidepresivos, por lo que en estos enfermos las dosis deben ser aún más bajas, y subirse muy lentamente. El consejo general en geriatría "comenzar con dosis bajas y subir lentamente", que era muy importante en la era del uso de los antidepresivos tricíclicos, sigue siendo pertinente, aunque las drogas modernas sean mejor toleradas.

En geriatría la depresión es una enfermedad de alta recurrencia por lo que probablemente se debe considerar seriamente el tratamiento de mantención, especialmente frente a una depresión severa, con ansiedad prolongada, y/o con síntomas psicóticos.

En el paciente geriátrico, como ya se ha señalado numerosas veces, las condiciones biológicas van cambiando con el avance de la edad, además, la presencia de enfermedades físicas crónicas e

intercurrentes, generan una situación que obliga al médico a ejercer una flexibilidad en el tratamiento ajustando la dosis oportunamente de acuerdo a las circunstancias clínicas del enfermo, a las interacciones con otros medicamentos, a los efectos secundarios y a la respuesta terapéutica que se busca.

En general, durante las dos primeras semanas de tratamiento se establece la tolerancia del enfermo al medicamento, y se logra la dosis terapéutica usualmente recomendada (las dosis usadas en geriatría suelen ser un tercio a un medio de las dosis usadas en el adulto joven). Posteriormente se recomienda evaluar el resultado del tratamiento cada dos semanas.

La psicoterapia es también útil y puede ser la primera línea de tratamiento de la depresión leve a moderada, especialmente si el médico, está preocupado por los posibles efectos secundarios o interacciones medicamentosas por añadir otro medicamento a la mezcla que ya está tomando.

La terapia electroconvulsiva generalmente se recomienda en la depresión moderada a severa y refractaria. Es segura y a menudo igualmente eficaz en adultos mayores que en adultos más jóvenes.⁸⁴

El reconocimiento y tratamiento de la depresión en la vejez hará que este periodo de la vida, sea más placentero para el adulto mayor deprimido, para su familia, y/o para quienes le cuidan en su hogar o en una institución (personal sanitario)

Así mismo es necesario propiciar que el adulto mayor renueve o entable nuevas relaciones, mantenerlo física y socialmente activo, reforzar sus lazos familiares y su afectividad etc., pro sobre todo elevar su autoestima.

⁸⁴ Op. Cit. Guía de la Clínica Mayo. Pág. 143, 144.

CAPITULO VI PROPUESTA DE LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL ANTE LA PRESENCIA DE SINTOMAS DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR DE LA CASA HOGAR “FUNDACION MARIA DOMINGUEZ VIUDA DE ALVAREZ ” DE ACUERDO A LA INVESTIGACION REALIZADA..

6.1 Investigación

Es el proceso que utilizando el método científico, permite obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social o bien estudiar una situación para diagnosticar necesidades y problemas a efectos de aplicar los conocimientos prácticos.

Esta se realiza mediante la técnica de la entrevista estructurada, por medio de la cual se obtuvieron datos acerca del estado de ánimo, sentimientos, cambios de comportamiento, autoestima, alteraciones del sueño, apetito, de los adultos mayores internos en la casa hogar para ancianos, así como de los que se encuentran viviendo con sus familiares, los cuales nos permiten detectar si hay síntomas de depresión, así mismo se realizó una revisión de los expedientes médicos de los adultos mayores internos para conocer las patologías que padecen y si hay casos de depresión diagnosticada por el médico.

Durante la realización de la entrevista el trabajador social debe tener especial cuidado en el planteamiento de las preguntas, ya que la población de adultos mayores a quien se entrevista, especialmente los internos en la institución es vulnerable en cuanto a su estado de ánimo y deberá evitarse en lo posible herir susceptibilidades, por lo que además deberá establecer empatía, ser cortés y respetuoso, lo que a su vez permitirá que los adultos mayores expresen con libertad sus respuestas a las preguntas que se les planteen.

De igual manera la técnica de la observación es de suma importancia en el desarrollo de la entrevista ya que nos permite notar pequeños detalles que nos ayudaran a comprender el todo, ésta se lleva a cabo desde el primer contacto con el adulto mayor.

6.2. Diagnóstico

Es el momento analítico y explicativo, constituido como el nexo entre la investigación y la programación, su realización se basa en la necesidad de conocer para actuar y además se elabora ofreciendo una información básica que sirve para programar acciones concretas.

De acuerdo a la información obtenida por medio de la entrevista estructurada y de la observación, se puede decir que el adulto mayor interno en una institución para su protección, asistencia y cuidado, por bien que éste atendido, la ausencia de familiares, sus pérdidas de salud, funcionales, por consiguiente de autonomía y la falta de actividad, distracción y socialización lo llevan a un aislamiento de la sociedad y a que su estado de ánimo se vea afectado, presentando algunos síntomas de depresión, que si bien son resultado directo de lo anteriormente mencionado pueden confundirse con los síntomas propios de una enfermedad y por consiguiente no ser tratados oportuna y adecuadamente. Por el contrario los adultos mayores entrevistados que viven con sus familiares manifiestan un mejor ánimo y una menor presencia de síntomas de depresión, gozan de mejor salud y aun desempeñan una labor de trabajo y conviven con más gente, aunque algunos presenten limitaciones en su salud.

En esta etapa el trabajador social decide su intervención mediante la programación de actividades contenidas en un proyecto, el cual se dirige a los adultos mayores internos, tratando de cubrir las necesidades antes planteadas que a juicio personal son las desencadenantes de síntomas depresivos y que pueden contribuir al mejoramiento de su estado de ánimo, aclarando que aquellos casos en los que los síntomas cumplan con los criterios diagnósticos para determinar que grado y tipo de depresión padecen, todo esto determinado por el médico, su tratamiento ira más allá de estas actividades, el cual será proporcionado y supervisado por el área médica y de psicología de la institución.

6.3. Programación (programa o proyecto)

La programación es el conjunto de procedimientos y técnicas por medio de las cuales se establecen sistemáticamente una serie de actividades, previsiones y disposiciones para elaborar planes, programas o proyectos.⁸⁵

El programa en el campo de la planificación es el conjunto de proyectos actividades procesos o servicios orientados al logro de determinados objetivos.

El proyecto se trata de la ordenación de un conjunto de actividades que combinando recursos humanos, materiales, financieros y técnicos, se realizan con el propósito de conseguir un determinado objetivo dentro de un plazo determinado con las posibilidades y limitaciones dadas por los recursos disponibles.

En este caso proponemos el siguiente proyecto dirigido a los adultos mayores con síntomas de depresión internos en la casa hogar “Fundación Maria Domínguez Viuda de Álvarez”

.

6.3.1 Denominación del proyecto

Proyecto para adultos mayores con síntomas de depresión, internos en la casa hogar para ancianos “Fundación Maria Domínguez Viuda de Álvarez” **“Me quiero yo y tú también”**.

6.3.2 Fundamentación

En los últimos años se ha favorecido la transformación en la composición y estructura de la población propiciando un acelerado envejecimiento de ésta, entre las principales problemáticas a las que se enfrentan los adultos mayores, se encuentra el abandono, la soledad, el maltrato, la decadencia, el aislamiento, la discriminación, el distanciamiento y la falta de solidaridad de la familia, el declive de funciones y pérdida de la salud, así como las que impactan a la sociedad

⁸⁵ Ezequiel Ander-egg, Diccionario de Trabajo Social, Argentina 1995. Pág. 241

misma, entre las cuales destacan la demanda de servicios dirigidos a la atención de la salud y la seguridad social para este grupo, en el aspecto económico la marginación en el mercado de trabajo y la pobreza por el decremento de su participación económica, así como la creciente demanda de pensiones y jubilaciones que afectan el gasto social y la economía en general.

Lo anterior nos lleva a reflexionar en el impacto que este fenómeno tendrá tanto en el ámbito económico, social y de salud como en el propio adulto mayor, ya que estos conflictos pueden desencadenar en él problemas depresivos los cuales vienen a complicar más su existencia y cuidados y más aún por que esta patología puede pasar inadvertida por los rasgos en común que presenta con el proceso de envejecimiento, por la variación del cuadro clínico o por la complejidad y variación de su etiopatogénea o bien puede ser diagnosticada inadecuadamente o tratada equivocadamente.

Se puede decir entonces que ante la presencia de episodios depresivos en el adulto mayor su calidad de vida es por consiguiente afectada y además se dificultan las acciones encaminadas a la proporción de una vida digna y de calidad, tomando en cuenta que este sector de la población es de los grupos humanos con mayor vulnerabilidad.

Cuando el adulto mayor se encuentra interno en una institución para su protección, asistencia y cuidado, por bien atendidos que estén, la ausencia de familiares, sus enfermedades y limitaciones físicas, falta de socialización y de la falta de alicientes de vida, provocan en el un estado de animo deprimido, baja autoestima y por consiguiente se ve afectado su estado general.

La propuesta y realización de actividades que le sean agradables y de apoyo para brindarles momentos de esparcimiento, socialización, productividad y que les anime y motive a realizar otras actividades, es importante para mejorar su estado de ánimo y por consiguiente el anímico

El presente proyecto va dirigido a las instituciones dedicadas al cuidado y protección del adulto mayor, como los asilos, casas de la tercera edad, casas de descanso, teniendo por objetivo motivar a la población interna para que en la medida de sus posibilidades puedan llevar una vida saludable, activa, con dignidad y plenitud.

6.3.3 Objetivo general

Proporcionar en la medida de lo posible elementos que fortalezcan el aspecto, afectivo, actividad física y participación social de los adultos mayores con síntomas de depresión, internos en una institución, tratando de mejorar su estado de ánimo deprimido, a través de la metodología de trabajo social de grupos, mediante la realización de actividades programadas.

6.3.4 Objetivos específicos

1.- Formar grupos con los adultos mayores para coadyuvar en coordinación con el equipo multidisciplinario de la institución, en el desarrollo de actividades que les brinden esparcimiento, actividad física y social, así como el desarrollo de sus habilidades y potencialidades propiciando el mejoramiento de su estado de ánimo

2.- Sensibilizar a los familiares del adulto mayor sobre la importancia que tiene fortalecer los lazos familiares, en beneficio del mejoramiento del estado de ánimo del adulto mayor y por consiguiente su estado general lo que les permitirá llevar una vida mas calida, con dignidad y calidez.

3.- Promover la socialización del adulto mayor mediante la intervención de un grupo de estudiantes universitarios que fungirán como nietos adoptivos, los cuales establecerán lazos de simpatía, afecto y convivencia.

6.3.5 Limites

El proyecto se llevara a cabo inicialmente en la casa hogar para ancianos “Fundación Maria Domínguez Viuda de Álvarez, posteriormente se puede transmitir a las instituciones dedicadas al cuidado y protección de los adultos mayores (casa de la tercera edad, casa de descanso).

6.3.6 Tiempo

Se pretende desarrollar el proyecto en un lapso de 14 semanas

6.3.7 Espacio

Se realizara en las instalaciones de la casa hogar para ancianos “Fundación Maria Domínguez Viuda de Álvarez” de la ciudad de Pachuca Hidalgo.

6.3.8 Metas

1. Que el equipo multidisciplinario coordinado por el Trabajador Social de la institución, tenga la capacidad para formar los grupos de adultos mayores y estudiantes universitarios (nietos adoptivos).
2. Que el adulto mayor tenga mayor actividad física y esparcimiento, así como su inmersión en la sociedad para evitar en la medida de lo posible que se deprima.
3. Incorporar a través de rutinas grupales, ejercicios que los adultos mayores puedan realizar diariamente de manera individual o en grupo.
4. Priorizar en el trabajo de grupo y en los contenidos teóricos impartidos por profesionales de la salud, el aspecto afectivo y de actividad social.
5. Aplicar en todas las sesiones grupales técnicas para el manejo y mejoramiento del autoestima y participación grupal.
6. Adecuar el equipo multidisciplinario a la dinámica, costumbres, hábitos y necesidades de los miembros del grupo más que a la inversa.

7. Enfatizar el aspecto afectivo como respuesta a la demanda de los adultos mayores, apoyándose en los familiares y nietos adoptivos.
8. Concientizar a los familiares de la importancia que tiene reforzar sus lazos afectivos para mejorar el estado de animo de sus adultos mayores.

6.3.9. Actividades

- Realizar el material para el desarrollo del proyecto
- Promocionar el proyecto tanto en adultos mayores como en estudiantes
- Selección de los estudiantes universitarios (nietos adoptivos)
- Seleccionar del espacio en donde se llevará a cabo la presentación y desarrollo del proyecto
- Realizar las inscripciones y distribución de los individuos que formaran el grupo de adultos mayores y estudiantes
- Elaborar listas de asistencia
- Gestionar los tramites necesarios con las instituciones y/o dependencias correspondientes para el acceso a sus servicios
- Lograr la aceptación mutua entre los miembros del grupo y el líder profesional
- Motivar la participación de los miembros del grupo
- Estar alerta para evitar que el grupo no se haga dependiente y se vuelva estático
- Pugnar por el mantenimiento de la cohesión del grupo especialmente en momentos de crisis.
- Estar en contacto continuo con los lideres y representantes del grupo, así como con el equipó multidisciplinario.
- Encaminar al grupo hacia su organización, delegando funciones
- Orientar e informar a los miembros del grupo y ayudarles a discutir sus problemas
- Promover el gobierno del grupo
- Ser intermediario en relación a los procedimientos y sanciones evitando así que el grupo sea injusto con sus miembros.
- Reforzar las acciones que solidaricen al grupo,

- Lograr un simbolismo y un ritual como formas de lenguaje y comunicación
- Motivar el sentido de pertenecía o sentimiento de “nosotros” y el espíritu de grupo.
- Observar el avance del grupo y determinar las nuevas acciones que desarrollaran
- Aportar sugerencias e ideas que motiven a los miembros a canalizar, enriquecer y utilizar sus propios recursos

6.3.10 Recursos

1.- Materiales

Un espacio amplio

Sillas

Hojas blancas

Hojas marmoleadas

Sobres de celofán

Lápiz

Lapicero

Crayones

Marcadores

Cartulinas

Pellón

Papel bond

Volantes

Trípticos

Pantalla

Videgrabadora

Grabadora

Cámara fotográfica

Transporte

2.- Humanos

Un trabajador social

Un psicólogo

Un médico geriatra

Un terapeuta físico

Una enfermera

Una religiosa

35 Estudiantes universitarios (nietos adoptivos)

3.- Financieros

Los recursos económicos para el desarrollo del proyecto serán cubiertos por el patronato de la casa hogar y los familiares de los adultos mayores internos en la institución.

6.4 Ejecución

Proceso por el cual se pone en marcha un plan, programa o proyecto de desarrollo, de acción social, etc.⁸⁶

Es el momento en que se llevarán a cabo las actividades programadas, vigilando que se lleve a cabo una buena coordinación para el cumplimiento de las metas, procedimiento, objetivos y la aplicación eficiente de los recursos.

El Trabajador Social motivará el interés en los adultos mayores, para que participen en el proyecto y formará los grupos.

⁸⁶- Op. Cit. Diccionario de Trabajo Social. Pág. 107

6.4.1 Definición de Grupo

Conjunto de individuos que interactúan en una situación dada, con un objetivo por ellos determinado⁸⁷

El grupo se clasifica en:

- a) Grupos primarios y secundarios
- b) Según la forma de integración
 - Natural o espontáneo
 - Impuesto
 - Motivado
 - Preformado
- c) Grupos formales e informales
- d) Grupos organizados y desorganizados
- e) Grupos homogéneos y heterogéneos
- f) Grupos de pertenencia y referencia
- g) Grupos abiertos y cerrados
- h) Según la edad de los participantes
 - Preescolar
 - Escolar
 - Adolescente
 - De adultos
 - De ancianos⁸⁸

De acuerdo con Natalio Kisnerman, el “método de grupos” es una respuesta a nuestro tiempo. Se busca que el grupo tenga un valor social dentro de la comunidad a la cual pertenece, considerando al individuo miembro de un grupo social y familiar.

El grupo es un área de análisis y representa una respuesta a las necesidades psicosociales de la persona y una influencia a la comunidad a la cual pertenece y en la que se halla inmersa.

⁸⁷ Natalio Kisnerman .Servicio social de grupo. Pág. 98

⁸⁸ Yolanda Contreras de Wilhelm. Trabajo Social de Grupos. México 2003. Pág. 25-31

6.4.2 Trabajo Social de Grupos

Método de educación socializante, en que se refuerzan los valores del individuo, ubicándolo en la realidad social que lo rodea para promover su cooperación y responsabilidad en una acción integradora en el proceso de desarrollo.⁸⁹ Su función está fundamentada en medidas correctivas, preventivas, rehabilitatorias y promocionales.

6.4.3 Proceso de Grupo

Desarrollo evolutivo del grupo, teniendo en cuenta la interacción dinámica entre sus miembros y el logro del objetivo propuesto. Supone una sucesión de etapas de desarrollo y crecimiento que constituyen su proceso de vida, las cuales de acuerdo a Yolanda Contreras de Wilhelm son las siguientes:

6.4.3.1 Etapa de formación

Es el comienzo del grupo, el líder profesional identifica los intereses comunes de las personas y las ayuda a asociarse. La formación puede ser natural, es decir que la gente se asocia espontáneamente o bien corresponde a un técnico hacerlo.

Procedimientos:

1.- Motivación de la asociación: Corresponde a las actividades del trabajador social dirigidas a despertar el interés en los adultos mayores por agruparse y puede ser mediante los medios siguientes:

- Carteles alusivos
- Volantes impresos
- Carro con altavoz
- Medios masivos de comunicación
- La encuesta

⁸⁹ Op. Cit, Trabajo social de grupos. Pag. 18

- Visita domiciliaria
- Entrevista personal

2.- Inscripción y distribución de las personas en grupos: La inscripción se debe realizar en la instalación donde va a funcionar el grupo, llenándose una ficha con los datos generales de la persona.

Por su parte la selección del grupo obedece a:

- ✓ Interés común
- ✓ Tiempo libre
- ✓ Numero de miembros
- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Nivel cultural

3.- Condiciones que aseguran la seguridad y continuidad del grupo: durante el desarrollo de las primeras reuniones, se debe procurar mantener la asociación considerando lo siguiente:

- Cuidar la asistencia de los asociados
- Asegurar la frecuencia de las reuniones
- Lugar de la reunión
- Presencia del líder profesional
- Programa con valor socioeducativo
- Formación de costumbres y tradiciones⁹⁰

El trabajador social llevara desde el inicio una memoria o crónica detallada del grupo, inmediatamente después de cada sesión, dicho relato debe realizarse; 1.- en relación con la reunión. 2.- sobre contactos con los socios fuera de la reunión. 3.- con observaciones y funciones específicas del trabajador social, para lograr la vida del grupo y sus objetivos.

⁹⁰Op. Cit. Trabajo Social de Grupos. Pág. 46, 47, 49,51

Etapa de integración grupal: Una vez que el grupo se encuentra constituido, el trabajador social iniciara su acción para que cada individuo sea aceptado por los demás y para que este a su vez acepte al grupo. Para lo cual el líder profesional debe conocer y aceptar a cada miembro, así como su propia personalidad, evitando favoritismos, ayudándoles a ser mejor considerados y a encontrar el apoyo y el prestigio que necesitan. Desempeñando un papel de concejero y asesor.

Los indicadores de que el proceso de formación se desarrolla positivamente son: la puntualidad y asistencia regular de los miembros.

6.4.3.2 Etapa de organización

Organizarse significa desarrollar la capacidad para autodirigirse. Los elementos que indican que el grupo ha entrado en esta etapa son:

- Asistencia regular de los miembros a las reuniones
- Declinación de la ansiedad
- División del trabajo
- Surgimiento de un líder natural
- Responsabilidad manifestada por los miembros
- Identificación con el grupo expresada en “nosotros, nuestro grupo”
- Tensiones disminuidas por la obtención de los objetivos
- Aceptación y sentido de pertenencia al grupo.⁹¹

La coordinación entre los miembros en relación a la actividad, no se efectúa basada en la autoridad, sino mediante la conciencia de grupo, que les permite unificar propósitos, cada miembro adaptara su tarea a la de los otros, con la habilidad y el entusiasmo necesarios, logrando normatizar la cooperatividad. El grupo desarrolla habilidad progresiva hacia el intercambio de ideas y emociones, distribuye las funciones del liderazgo, acepta ideas nuevas, elabora contenidos y situaciones, fortalece la afectividad y satisface sus necesidades.

⁹¹ Op. Cit. Trabajo Social de Grupos. Pág. 60.

Por otro lado, se debe establecer el gobierno del grupo al inicio de dicha etapa, el cual se formara con los propios miembros y ser nombrados por el grupo, siendo promovido por el trabajador social. La estructura deberá estar compuesta por:

- Un presidente
- Un secretario
- Un tesorero
- Dos vocales

Se forma la estructura del grupo mediante las tres fases más importantes de esta etapa y son:

a) Normas de la vida de un grupo: Estructura social que determina patrones, roles y posiciones de los participantes, creando la respuesta del individuo al estímulo que puede despertar en él una motivación y una interacción grupal. Estas normas surgen cuando los miembros del grupo constituyen uno para otro, un marco de referencia en el que cada quien evalúa sus propias opiniones y sus actitudes en relación con los demás.

b) Programa de grupo: Es el conjunto de acciones planificadas para apoyar y desarrollar normas y actitudes,⁹² además de que forma la base sobre la que se aplican los principios y técnicas del trabajo social de grupos constituyendo el instrumento con el que se logran los fines profesionales y del grupo.

Se encuentra constituido por; tareas y procesos operativos, es uno de los medios principales, para influir en las normas y crear la estructura de participación de acuerdo con los objetivos preseñalados.

Aunque este debe estar establecido antes de la formación de un grupo, una vez que este último se encuentra en la etapa de organización, deberá revisarse de nuevo el programa de acuerdo a las necesidades pero sin perder el motivo por el que fue formado. Como características se puede mencionar que debe ser individualizado, dinámico, funcional, operativo y flexible.

⁹²Op. Cit. Trabajo Social de Grupos. Pág. 68.

Planeación del programa: Su concepción tendrá objetivos y valor socioeducativos, ya que el éxito o fracaso en la vida del grupo dependerá del nivel de identificación de los miembros, un buen programa permitirá la existencia de una gran interacción grupal y su planeación se hará a corto plazo, pero con etapas subsecuentes que permitan al grupo decidir su continuidad.

Deberá dar respuesta a los intereses de los individuos y del grupo, ser activo, y desarrollado por el propio individuo, dándole la oportunidad de tomar iniciativas, crear y organizar, permitir el trabajo en equipo ofreciendo la oportunidad de proyectar la participación social, relacionando al grupo con otros y con su propia comunidad⁹³

c) Control social: Es una directriz, una meta para la conducta del individuo y del grupo, una forma de ordenar su manera de vivir, definiéndose el objetivo principal y la forma de velar por el buen cumplimiento de las normas de vida sin que sea considerado una fuerza coercitiva, sino un agente que ayuda al individuo o grupo a lograr una respuesta positiva.

Discusión y toma de decisiones: Considerada como una actividad formativa en la vida de los grupos. El dialogar y tomar decisiones presenta la particularidad de que además de formar parte de un programa también constituye el medio por el cual este se define y se realiza.

6.4.3.3 Etapa de integración

Es la etapa de maduración del grupo, durante la cual se adquiere independencia del liderazgo del trabajador social, el cual deberá emprender su retirada hacia un rol de asesor, ya que el grupo está capacitado para funcionar solo.

Características

- Estabilización de la estructura del grupo
- Logro de los propósitos
- Respuestas eficaces a las tensiones internas y externas
- Consenso y dirección en relación con los objetivos
- Proceso de gobierno y funcionamiento adecuado

⁹³ Op. Cit. Trabajo Social de Grupos. Pág. 75.

- Extensa cultura grupal
- Desarrollos que favorecen el cambio
- Otros elementos que se desarrollan durante esta etapa y permiten adquirir una conciencia de grupo que prolonga la vida de este son:
 - Un sentimiento de nosotros
 - Un espíritu de grupo o de solidaridad
 - Un simbolismo y un ritual como formas de lenguaje
 - Un deseo de participación social.⁹⁴

6.4.3.4 Declinación o muerte del grupo

A pesar de la madurez alcanzada, en un momento dado el grupo puede caer en un estado de agonía, disminuyendo la asistencia de sus miembros y perdiéndose el interés por el programa, por las causas siguientes:

- Las metas se han alcanzado y puede no haber otra razón para que siga existiendo
- El grupo estableció un periodo de terminación de la asociación
- Por falta de integración, ya sea porque fueron perdiéndose los objetivos, porque falta técnica del líder profesional para dinamizar las relaciones, porque las etapas anteriores no se cumplieron, los roles no fueron desempeñados equitativamente o porque el gobierno del grupo no funciona
- Por mala adaptación, especialmente cuando no han podido desarrollarse los medios eficaces para responder a las presiones externas del ambiente.

6.5 Evaluación

Es el último paso del proceso metodológico, debe aplicarse tanto en la fase de investigación, diagnóstico, programación y ejecución con el propósito de producir efectos y resultados concretos, es decir la evaluación del diseño y conceptualización, el proceso y resultados del proyecto. Permitiendo al Trabajador Social conocer los logros que se han obtenido con los adultos mayores.

⁹⁴ Op. Cit. Trabajo Social de Grupos. Pág. 99.

Conclusiones

La depresión en el adulto mayor es una de las problemáticas a las que se enfrenta la población de adultos mayores, ya que esta enfermedad afecta su estado general y por consiguiente disminuye su calidad de vida, siendo difícil la acción de integrarlo a alguna actividad de recreación, socialización, productividad, etc., siendo también posible que la depresión desencadene nuevos padecimientos, agrave los ya existentes o se asocie con estos, lo que hace más difícil su tratamiento y en repetidas ocasiones lo hace fracasar, aumentando así la morbilidad y mortalidad prematura.

Esta enfermedad es el resultado de las situaciones problemáticas a las que se enfrenta la creciente población de adultos mayores, las cuales se han ido describiendo a lo largo de la investigación.

Lo anterior tiene un impacto tanto en el ámbito económico, social y de salud, como en el propio adulto mayor.

De acuerdo a la investigación que se realizó con adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados se detectó mayor presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores internos en la casa hogar, que en los que viven con su familia, ya que por propia expresión de los entrevistados, el no tener cerca a sus familiares y amigos y no tener la independencia de años anteriores o desempeñar una actividad de tipo laboral. En la casa hogar se encontraron 6 casos de depresión diagnosticada por el médico los cuales ya están en tratamiento.

Podemos decir también que vivimos en una sociedad que esta experimentando un relativismo valorico con la consecuente desvalorización de los adultos mayores dando lugar a la discriminación y aislamiento de este grupo de la población.

Lo anterior nos lleva a proponer un proyecto dirigido a los adultos mayores con síntomas de depresión residentes de la casa hogar, para proporcionar en la medida de lo posible elementos que fortalezcan el aspecto, afectivo, actividad física y participación social de los adultos mayores,

tratando de mejorar su estado de ánimo deprimido, a través de la metodología de trabajo social de grupos, mediante la realización de actividades programadas.

Lo cual aunado con el acelerado proceso de envejecimiento significa un reto para ofrecerles un buen porvenir, tomando en cuenta que este sector de la población es de los grupos humanos con mayor vulnerabilidad.

Y así participar en la gran lucha por ofrecerles una mejor calidad de vida pero con calidez a nuestros adultos mayores.

ANEXOS

CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS

Edad: _____ Sexo: F _____ M _____

Institucionalizado: _____

No institucionalizado: _____

1.- ¿Actualmente se siente de buen ánimo? (tranquillo, contento)

No _____ Si _____ A veces _____

2.- ¿Se siente triste, afligido, desesperanzado?

No _____ Si _____ A veces _____

3.- ¿Se siente nervioso, angustiado, desesperado, ansioso?

No _____ Si _____ A veces _____

4.- ¿Siente miedo de que algo malo pueda ocurrirles?

No _____ Si _____ A veces _____

5.- ¿Se siente apático, sin interés en las actividades usuales que antes le agradaba realizar?

No _____ Si _____ A veces _____

6.- ¿Le cuesta trabajo tomar decisiones?

No _____ Si _____ A veces _____

7.- ¿Esta agotado (a) la mayor parte del tiempo?

No _____ Si _____ A veces _____

8.- ¿Duerme bien durante la noche?

No _____ Si _____ A veces _____

9.- ¿En las mañanas despierta antes de lo habitual?

No _____ Si _____ A veces _____

10.- ¿Tiene sensaciones de desmayos o mareos?

No _____ Si _____ A veces _____

11.- ¿Últimamente se le dificulta recordar, concentrarse?

No _____ Si _____ A veces _____

12.- ¿Se siente útil y valioso?

No _____ Si _____

13.- ¿Siente que le es útil a su familia?

No _____ Si _____

14.- ¿A menudo necesita ayuda?

No _____ Si _____

15.- ¿Siente ganas de llorar constantemente?

No _____ Si _____ A veces _____

16.- ¿Esta mas irritable o enojòn que antes?

No _____ Si _____ A veces _____

17.- ¿Con frecuencia su corazón late más rápido de lo habitual?

No _____ Si _____ A veces _____

18.- ¿Tiene que esforzarse para comer aunque sea un poco?

No _____ Si _____

19.- ¿Puede decir que ha perdido peso?

No _____ Si _____

20.- ¿Come mas de lo usual?

No _____ Si _____

21.- Puede decir que ha aumentado de peso?

No _____ Si _____

22.- ¿Le gustaría seguir trabajando?

No _____ Si _____

23.- ¿Le gusta salir y convivir con la gente?

No _____ Si _____

24.- ¿Siente que lo (a) están castigando por algo malo que hizo en el pasado?

No _____ Si _____ A veces _____

25.- ¿Le preocupan cosas de su vida de las que se arrepiente?

No _____ Si _____ A veces _____

26.- ¿Se siente culpable con respecto a cosas que ha hecho o que debió hacer?

No _____ Si _____ A veces _____

27.- ¿Prefiere vivir con su familia que en una institución?

No _____ Si _____ A veces _____

28.- ¿Cree que vale la pena vivir?

No _____ Si _____

FICHA DE INSCRIPCION

CASA HOGAR PARA ANCIANOS " FUNDACIÓN MARIA DOMINGUEZ VIUDA DE ÁLVAREZ "

ME QUIERO YO Y TU TAMBIEN

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO: F _____ M _____

ESTUDIOS REALIZADOS _____

HORARIO _____ DIA _____

TRABAJADOR SOCIAL _____

REGISTRO DE INTERACCION

CONDUCTAS Y ACTITUDES	BENITO	CARLOS	GALDINA	AGRIPINA	ERASMO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Muestra solidaridad, eleva el ánimo de los otros y gratifica. 2. Relaja la tensión, bromea, ríe y demuestra satisfacción. 3. Esta de acuerdo, acepta pasivamente, comprende y coopera. 4. Sugiere y dirige, dejando autonomía a los demás. 5. Da opiniones, evalúa, analiza y demuestra sentimiento y deseo de cooperar. 6. Da orientación, información, repite, clasifica y confirma. 7. Pide orientación, información, repetición y confirmación. 8. Pide opinión, evalúa y analiza expresiones de sentimiento. 9. Pide sugerencias, dirección y modos posibles de acción. 10. Esta en desacuerdo, muestra rechazo pasivo y formalidad y retira ayuda. 11. Muestra tensión, pide ayuda, se retira del campo. 12. Muestra antagonismo, rebaja la situación de los otros y defiende o afirma su yo. 					

Grupo de _____ Fecha _____ Tema _____

Número de miembros _____ Horario _____

Líder profesional _____

**PROYECTO PARA ADULTOS MAYORES CON SINTOMAS DE DEPRESION
“ME QUIERO YO Y TU TAMBIEN”**

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Realizar el material para la promoción y difusión del proyecto, en la UAEH				
Realizar el material para promoción, e invitación a el proyecto en la casa hogar para ancianos “Fundación Maria Domínguez viuda de Álvarez				
Formar los grupos de adultos mayores, y de estudiantes (nietos adoptivos)				
Realizar dos dinámicas de grupo 1.Presentación por parejas 2.Canasta revuelta				
Aplicación de técnicas didácticas guiadas por un profesional del área de Psicología				

<p>Salida de paseo a alguna institución cultural o de entretenimiento (teatro, cine, día de campo, universidad, real del monte etc;) En compañía de los nietos adoptivos</p>				
<p>Acompañar a los adultos mayores durante la comida y posteriormente establecer una charla entre nietos y abuelos</p>				
<p>Realizar una sesión de baile entre los adultos mayores. Así como también que puedan escuchar su música favorita Intervención de el equipó interdisciplinario Trabajador Social medico geriatra, psicólogo, trapista físico, enfermeras y religiosas.</p>				
<p>Llevar a cabo una rutina de ejercicio dirigida y supervisada por un profesional en terapia física , con previa autorización por parte del medico los nietos acudirán para acompañarlos y animarlos</p>				
<p>2da Salida de paseo en compañía de sus nietos adoptivos Realizar una o varias manualidades con la ayuda de los nietos adoptivos, las cuales serán a elección o propuesta del adulto mayor</p>				

Reunión con sus familiares y aplicación de dinámicas para motivar la convivencia				
3ra Salida de paseo en compañía de sus nietos adoptivos				
Recuento de las actividades realizadas				
Cierre del proyecto				

Responsable del programa T.S. _____

**PROYECTO PARA ADULTOS MAYORES CON SINTOMAS DE DEPRESION
“ME QUIERO YO Y TU TAMBIEN”**

NO.	Actividades	Objetivo	Material	Tiempo	Evaluación
1	Realizar el material para la promoción y difusión del proyecto, en la UAEH	Dar a conocer el proyecto a los alumnos del instituto de Ciencias Sociales y Humanidades de la UAEH e invitarlos a que participen adoptando a un abuelito	Volantes Trípticos Papel bond Marcadores	1ra semana :
2	Realizar el material para promoción, e invitación a el proyecto en la Casa Hogar para Ancianos “Fundación Maria Domínguez viuda de Álvarez	Dar a conocer el proyecto a los adultos mayores internos en la Institución anteriormente mencionada e invitarlos a que formen parte de el.	Cartulinas Marcadores Invitaciones (hojas marmoleadas y sobres de celofán) Pellón Crayones Lápiz	2da semana :
3	Formar los grupos de adultos mayores, y de estudiantes (nietos adoptivos)	Exponer brevemente los puntos que se desarrollaran durante el proyecto así como sus objetivos e importancia para el bienestar del adulto mayor.	Fichas de inscripción Lápiz, Lapicero sillas	3r semana	Fichas de inscripción Lista de asistencia Observación

4	Realizar dos dinámicas de grupo 1. Presentación por parejas 2. Canasta revuelta	Motivar la integración del grupo de adultos mayores y los estudiantes de la UAEH (nietos adoptivos) mediante la convivencia y el juego.	Sillas Un espacio amplio	4ta semana	Lista de asistencia Fotografías y/o video Observación
5	Aplicación de técnicas didácticas guiadas por un profesional del área de Psicología	Reforzar positivamente la imagen que tiene de si mismo el adulto mayor y elevar su autoestima	A consideración del profesional de psicología	5ta semana (2 días)	Lista de asistencia Fotografías y/o video Observación Crónica de grupo
6	Salida de paseo a alguna institución cultural o de entretenimiento (teatro, cine, día de campo, universidad, real del monte etc;) en compañía de los nietos adoptivos	Brindar un espacio de esparcimiento y distracción para los adultos mayores y un cambio de entorno, y así propiciar la convivencia fuera de la institución	Transporte	6ta semana	Fotografías y/o video Observación Lista de asistencia
7	Acompañar a los adultos mayores durante la comida y posteriormente establecer una charla entre nietos y abuelos	Que los adultos mayores recuerden y compartan un episodio feliz de su vida , descartar aspectos que ya no es posible repetir, precisar los que si son posibles y proponer acciones para vivir nuevos momentos felices	Sillas Mesa	7ma semana (2 días)	Crónica de grupo Observación Fotografías y/o video Lista de asistencia

8	Realizar una sesión de baile entre los adultos mayores. Así como también que puedan escuchar su música favorita	Motivar el esparcimiento y actividad física (ejercicio) a través del baile, tratando de hacer pasar un rato agradable fuera de la rutina a los adultos mayores en compañía de sus nietos adoptivos	Grabadora Discos	8va semana	Fotografías y o video Observación Lista de asistencia Crónica de grupo
9	Intervención de el equipó interdisciplinario Trabajador Social medico geriatra, psicólogo, trapista físico, enfermeras y religiosas.	Que los adultos mayores identifiquen sus enfermedades, acepten y reconozcan sus alcances y limitaciones, y así propiciar una mayor intervención en la vida diaria.	A consideración del equipo	9na semana	Fotografías y o video Observación Lista de asistencia Crónica de grupo
10	Llevar a cabo una rutina de ejercicio dirigida y supervisada por un profesional en terapia física , con previa autorización por parte del medico los nietos acudirán para acompañarlos y animarlos	Propiciar en el adulto mayor una cultura de vejez activa y sana mediante ejercicios propios para esta edad.	Ropa, zapatos cómodos Grabadora y discos	10ma semana	Fotografías Observación Crónica de grupo Participación
11	2da Salida de paseo en compañía de sus nietos adoptivos	Brindar un espacio de esparcimiento y distracción para los adultos mayores y cambio de entorno, propiciar la convivencia fuera de la institución desacuerdo a sus capacidades físicas	Transporte	11va semana	Fotografías y/o video Observación Lista de asistencia

12	Realizar una o varias manualidades con la ayuda de los nietos adoptivos, las cuales serán a elección o propuesta del adulto mayor	Que el adulto mayor ponga en práctica las habilidades y conocimientos con los que cuente, que aprenda nuevas formas de hacerlo y que se distraiga.	De acuerdo al tipo de manualidad	12va semana	Fotografías y/o video Observación Lista de asistencia Exposición
13	Reunión con sus familiares y aplicación de dinámicas para motivar la convivencia	Que los familiares y el adulto mayor pasen un rato familiar y ameno, por medio de el juego organizado	Sillas Grabadora Discos Hojas Marcadores etc....	13va semana	Fotografías Observación Lista de asistencia Crónica de grupo
14	3ra Salida de paseo en compañía de sus nietos adoptivos	Brindar un espacio de esparcimiento y distracción para los adultos mayores y cambio de entorno, propiciar la convivencia fuera de la institución de acuerdo a sus capacidades físicas	Transporte	14va semana	Fotografías y/o video Observación Lista de asistencia
15	Recuento de las actividades realizadas	Que los adultos mayores expresen lo que mas les gusta y lo que les gustaría continuar haciendo o que den nuevas propuestas	Sillas Hojas Lapicero	15va semana	Fotografías y video Lista de asistencia Crónica de grupo Observación

16	Cierre del proyecto	Dar fin al proyecto compartiendo brevemente con los familiares y nietos adoptivos las experiencias surgidas durante el desarrollo del proyecto. Y los objetivos alcanzados e invitar a los familiares a que refuercen sus lazos afectivos con su adulto mayor y a los nietos adoptivos a que continúen visitándolos.	Sillas Reproductor de video Pantalla Videos Fotografías Hojas Lápiz	16va semana	Fotografías Listas de asistencia Crónicas de grupo Observación
----	---------------------	--	---	-------------	---

Bibliografía

1. Artrosis - ictus

Onda salud.com. y diario médico, 19 de junio de 2001

<http://www.ondasalud.com/edicion/componentes/noticia>

2. Aspectos psicoafectivos del envejecimiento

Web de Geriátría y Gerontóloga, Universidad de Salamanca

<http://www.gero.usal.es/index.html>

3. Archivo de la casa hogar para ancianos

“Fundación Maria. Domínguez Viuda de Álvarez”

4. Compilación bibliográfica de Geriátría I y II

Dr. Rubén Arreola Lucio

Escuela de Trabajo Social UAEH

Periodo escolar enero-junio y julio-diciembre 2000

5. Compilación bibliográfica psicología

Psicoterapeuta Gloria Elena Tinoco Tapia

Escuela de Trabajo social UAEH

Ciclo escolar julio-diciembre 1997

6. Ciencias de la salud

Berta Higashida

Editorial. Mac Graw Hill

México 1996

7. Depresión en ancianos “un problema de todos”

Dra. Maria González

Revista cubana, Med. Gen. 2001

8. Diccionario del Trabajo Social

Dr. Ezequiel Ander-Egg

Editorial Lumen 1995

9. Enfermedad de alzheimer

M.D. Fernando Ruiz Rey.

<http://hometown.aol.com/psiqgeriatrica/idex.html>

10. Ensayo sobre Depresión y Geriatría ¿orígenes dependientes?

Dr. Rafael Roberto Hinojosa Villalva

Diplomado en Geriatría y Gerontología

Universidad Iberoamericana

México., septiembre de 1992

11. Guía para el cuidado de la salud. Adultos Mayores

Instituto Mexicano del Seguro Social

Talleres de impresora y encuadernadora progreso S.A.

Octubre 2002

12. Guía de la Clínica Mayo sobre depresión

Editor en jefe. Keith Kramlinger M.D.

Intersistemas editores

Impreso en México 1ra edición en español 2001

13. Instituto de Terapia Cognitiva “INTENCO”

Temas psicológicos, 2000.

<http://www.intenco.cl/temas/t0009a3.html>

14. Introducción a la Geriatría

Dr. Arturo Lozano Cardoso

Méndez editores 1992

15. “Depresión mal de nuestra era”
bienestar y medicina para todos, “Salud Hoy”
Marzo, 2001 <http://www.saludhoy.com>

16. Manejo Farmacológico de la Depresión
Dr. Humberto Nicolini.- Psiquiatra
Director del grupo de estudios “Carraci”
Folleto informativo

17. Manual de Psiquiatría
Dr. Philip Solomon
Dr. Vernon D Patch
Editorial, el manual moderno
impreso en México 1976

18. Manual Diagnostico y Estadístico
de los Trastornos Mentales DSM IV
Juan J. López-Ibor Aliño
Editorial Masson s.a. 4ta edición. 1995

19. Manual de Geriatría Universidad Católica de Chile
http://escuela.med.puc.cl/paginas/udas/geriatria_manual/geriat_m_00.html

20. Metodología de Trabajo Social
Ezequiel Ander-Egg
Editorial el Ateneo 1986

21. Psiquiatría Geriátrica. “Depresión en Geriatría”
M.D. Fernando Ruiz Rey
<http://www.hometown.aol.com/psiqgeriatica/index.html>

22. Programa anual 2003-2004 de formación continuada
para médicos de atención primaria
Diario electrónico de la sanidad, El medico interactivo, enero del 2004
<http://www.medynet.com/elmedico/aula2002/depresiones.html>

23. Pequeño Larousse Ilustrado
Ramón García-Pelayo y Gross
Ediciones Larousse
Impreso en México 1980

24. Teorías sobre el envejecimiento
M.D. Fernando Ruiz Rey
<http://www.fernando.nieves.com/default2.htm>

25. Trabajo Social-Adultos Mayores
Revista trimestral
Escuela Nacional de Trabajo Social UNAM
Noviembre, 2003.

26. Técnicas de Investigación Social
Ezequiel Ander-Egg
Editorial el Ateneo, séptima impresión
México 1996

27. Métodos y Técnicas de Investigación Social III
Como Organizar el trabajo de Investigación
Dr. Ezequiel Ander-Egg
Editorial Lumen Hvanitas 2000.

28. Yolanda Contreras de Wilhelm
Trabajo Social de Grupos
Editorial Pax México
2da edición 2003

29.- Fisiología Humana
Dr. Arthur C. Guyton
Nueva Editorial Interamericana
Quinta edición México 1983.