

TEMA

La depresión y su incidencia en la salud del adulto mayor del centro Gerontológico Quevedo en el año 2011.

CAPITULO I

1.- CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO

1.1 Contexto Nacional, regional y local o Institucional

El acelerado crecimiento de la población Ecuatoriana a mediados del siglo XX se convierte hoy en un escenario caracterizado por un rápido incremento de la población mayor de 60 años, el cual será de 5 y medio millones en el año 2050.

En el Ecuador la Depresión es un trastorno con alto índice de frecuencia existen 1'156.117 adultos mayores de 60 años según la encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento. Cuando un adulto alcanza la edad mayor representa dos cosas: por un lado ha alcanzado la vejez y por otro ya no es útil a la sociedad. Se comprende que están relegados del mundo actual que vivimos. La edad del adulto mayor se ha anticipado en los últimos tiempos, muchos se han jubilado y otros no, y eso ha provocado que personas que todavía tenían despierto el cerebro y las funciones físicas prácticamente al 100% hayan visto reducir su actividad a mínimos.

Como toda su vida han servido a la sociedad ahora no saben qué hacer, acostumbrados a levantarse temprano a realizar sus diferentes actividades o relacionarse con sus amigos, tener una vida al margen de su propia familia rica en conocimientos, ahora no son capaces de orientar su vida y se sienten invadidos por una emoción nueva denominada Depresión. Este trabajo está basado en la depresión y su incidencia en la salud del adulto mayor, ya que es un trastorno que ocupa el primer lugar en cuanto a frecuencia dentro de las enfermedades que aquejan preferentemente a las persona adultas. Como muchas otras enfermedades, la depresión en el adulto mayor tiene características especiales y una de las principales es la tendencia que tienen de negar o quitar importancia a su tristeza. A veces los adultos con depresión, no manifiestan que están tristes, se

retraen o se aíslan o se vuelven más irritables. La Depresión es un problema frecuente que afecta a hombres y mujeres de todas las edades, todos nos sentimos tristes y malhumorados a ratos, dependiendo de los acontecimientos de la vida, pero la depresión es más que eso puede ser desde un problema leve hasta una enfermedad grave que pone la vida en peligro.

En muchas ocasiones las personas no se pueden controlar por esta enfermedad y toman la decisión errónea de quitarse la vida, así también afectándoles a sus familiares más cercanos, por eso es importante que la persona que tenga estos síntomas de sentimientos de tristeza profunda, desinterés, poco o ningún interés por las actividades que más le gustan, etc., es importante que recurra a buscar ayuda profesional ya que existen tratamientos eficaces para la mayoría de las personas que sufren de depresión. El envejecimiento produce depresión en la mayoría de los casos, porque a partir de la jubilación (65 años), la persona siente que dejó de ser importante, que ya no le sirve a nadie, que es un estorbo y que solo le toca esperar el día de su muerte. Como todo proceso de cambio significa asumir que su marcha no implica necesariamente un reconocimiento de inutilidad sino simplemente los adultos mayores están regulados por una normativa llamada jubilación. En la siguiente investigación se intenta comprobar la incidencia que tiene la depresión en la salud de las personas adultas mayores del Centro Gerontológico de Quevedo. Se buscó información en varios libros y paginas especializadas en Internet. Se elaboró encuestas aplicadas a los adultos mayores del Centro Gerontológico de Quevedo, el resultado de estas encuestas sirve para sacar conclusiones y emitir las recomendaciones que ese amerite.

Por otra parte, aproximadamente entre el 1% y el 5% de la población general presenta secuelas de depresión deterioro o déficit cognoscitivo. El deterioro cognoscitivo se asocia a una importante pérdida de autonomía personal y social, así como a un elevado costo social, sanitario y familiar.

El Centro Gerontológico Quevedo tiene 22 años de trabajo y atención sostenida a la población adulta mayor de Quevedo y de la provincia de Los Ríos, funciona administrativa y financieramente bajo las leyes del MIES. Institución tipo cerrada creada para dar atención integral a los adultos y adultas mayores que superan los 65 años de edad y que se encuentren en situación de abandono o pobreza.

El Centro Gerontológico Quevedo brinda atención integral a los adultos mayores de escasos recursos económicos y en casos de abandono de los cuales 17 se encuentran en calidad de internos y 60 en calidad de diurnos.

1.2 Situación problemática

Los efectos más notorios es la depresión y con ello el cambio en las actividades de la vida diaria que se producen a partir de la edad de los 65 años, cuando sienten el abandono o la escasa atención de sus familiares. Como resultado final encontramos adultos mayores con una disminución en sus capacidades según avanza la edad, considerándose como el proceso normal del envejecimiento en donde existen fallas en algunas tareas y destrezas pero que no interfieren directamente en el, sin que se considere a la depresión como el factor principal de todos sus males.

1.3 Problema de Investigación

1.3.1 Problema general

¿De qué manera la depresión influye en la salud del adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo en el año 2011?

1.3.2 Problemas derivados

¿Por qué la depresión influye en el deterioro de la autoestima del adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo?

¿Cómo la depresión influye en el estado emocional del adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo?

1.4 Delimitación de la investigación

El presente trabajo de investigación está delimitado de la siguiente manera:

1.4.1 Delimitación espacial.- La investigación se realizó en el Centro Gerontológico Quevedo.

1.4.2 Delimitación temporal.- El presente estudio se realizó en el año 2012.

Unidades de información.- Las unidades de información que intervendrían en la investigación serán las siguientes:

- Los adultos mayores que asisten en el Centro Gerontológico Quevedo.
- Los profesionales de la salud del Centro Gerontológico Quevedo y
- Los archivos de la información estadística

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general

Analizar de qué manera la depresión influye en la salud del adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo en el año 2011.

1.5.2 Objetivos específicos

Conocer por qué la depresión influye en el deterioro de la autoestima del adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo en el año 2011.

Determinar cómo la depresión influye en el estado emocional del adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo en el año 2011.

1.6 JUSTIFICACIÓN

Se sabe que la depresión severa o depresión mayor es menos frecuente en el anciano que en el adulto joven. Afectaría al 1 - 2% de los mayores de 65 años y supondría un cuarto de todas las depresiones mayores. Existen argumentos por parte de algunos autores en contra de la anterior afirmación, dando una posible explicación a esta diferencia en un menor diagnóstico de la depresión del mayor.

Esto se debería a varios factores como la presencia de deterioro cognitivo o una expresión de los síntomas de forma diferente en el anciano, con una menor expresión de tristeza, estrés, depresión emocional y más presencia de síntomas somáticos o corporales. Esto supondría que los estrictos listados de criterios con los que se hacen los diagnósticos estén poco adaptados a la forma de la depresión en el anciano.

En la presente investigación se pretende evidenciar en si, el efecto que produce la depresión en los adultos mayores, por lo que consideramos que en ello radica su importancia.

CAPITULO II

2.- MARCO TEORICO

2.1 Alternativas teóricas asumidas.

2.1.1 La depresión

La depresión es un trastorno de primer orden en cuanto a frecuencia y trascendencia dentro de las enfermedades que aquejan preferentemente a los ancianos. La existencia de tratamientos eficaces que pueden mejorar la calidad de vida de quienes padecen este trastorno, obliga a prestar especial atención a este problema. Debemos mantener un permanente estado de alarma que permita su detección, para posteriormente abordarla con los tratamientos de los que disponemos.

El adulto mayor ve afectada su autoestima dada la inseguridad que vive a partir de las pérdidas asociadas a sus vivencias afectivas, físicas y sociales como son: la independencia de los hijos, la pérdida del cónyuge, la disminución de capacidades, la salud a veces afectada, la jubilación, la disminución de ingresos, entre otras.

Su vida emocional sufre modificaciones que originan actitudes acerca de sí mismo y acerca de los demás que pueden tener efectos negativos en sus relaciones afectivas y en el trato con otros. Sabemos que a partir de la autoestima, es decir, del concepto del propio valor, se proyectan la comunicación y las conductas que constituyen la base del mundo afectivo relacional.

El refuerzo de la autoestima en el Adulto Mayor, se sostendrá en el hecho de favorecer la apertura de la perspectiva desde sí mismo respecto a las metas alcanzadas, esfuerzos, logros y sabiduría de vida a partir de la experiencia (ampliar la autoimagen

positivamente). Este refuerzo puede darse a través del aprendizaje acerca de la valoración de sí mismo y de la comunicación, lo cual favorecerá la adaptabilidad al entorno.

Todo adulto mayor tiene derecho a transitar un envejecimiento saludable. Llegar a determinada edad no significa darle fin a ciertas actividades a las que estaban acostumbrados a realizar cuando eran más jóvenes. Por el contrario, las personas mayores tienen derecho a una vida normal, solo hay que cuidarse y controlarse para prevenir.

2.2 Categorías de análisis teórico conceptual

2.2.1 La depresión

Una forma de llegar a entender, sólo por una parte, a la depresión es tal vez por medio de la teoría del desamparo aprendido que ha sido muy controversial en el campo de la depresión como causa de ésta. En un experimento realizado por Seligman y Maier (1967), citados en Bower (1996), para explicar el paradigma del desamparo aprendido utilizaron a dos grupos de perros a los cuales se les aplicaron descargas eléctricas dolorosas e impredecibles, pero sólo un grupo podía evitarlas al oprimir un panel y el otro no podía evitarlas a pesar de las respuestas que diera. Como la incapacidad, del grupo que no podía evitar de ninguna forma los choques, para actuar dependía de una historia de exposición a descargas no contingentes de las que no podían escapar, el fenómeno se denominó "desamparo aprendido"; esto es que si no podían tener control sobre las descargas para intentar evitarlas; después de determinadas sucesiones de descargas el perro sólo se quedaba quieto "soportando" las descargas.

Algo semejante ocurre con los humanos que presentan desamparo aprendido el cual sería una característica de la depresión ya que Bower (1996) nos menciona que los déficits emocionales de los

sujetos con desamparo aprendido son clínicamente interesantes y se asemejan a aquellos que asociamos con el individuo desesperanzado, desanimado o completamente frustrado; y como Seligman (1975) ha considerado el desamparo aprendido como una analogía de la depresión clínica humana.

Así que la teoría de Desamparo Aprendido establece que atribuir "incapacidades" a factores internos sugiere, precisamente, cierta tendencia al desamparo aprendido. Por su parte Trad (1992) considera que hay un continuo de susceptibilidad a creer en el desamparo propio que sustenta la depresión tanto endógena como reactiva", pero es importante mencionar que cuando una persona se encuentra bajo este paradigma del desamparo aprendido los síntomas que presenta son similares a algún tipo de depresión lo cual es corroborado por como lo explica Seligman es contraste, "la depresión es el convencimiento de la propia impotencia.

Entonces el desamparo aprendido es también una forma de depresión en donde los seres humanos, como los animales, están convencidos de la propia indefensión que se convierte en un obstáculo para intentar alternativas de escape de las tensiones y problemas.

2.2.2 CAUSAS Y TRASTORNOS DE LA DEPRESIÓN

2.2.2.1 CAUSAS GENÉTICAS

Una de las causas posibles de la depresión es atribuida a factor genético, ya que algún tipo de depresión puede ser heredada, incluso la forma de responder al tratamiento de tal forma como lo menciona Calderón (1998), que si un enfermo deprimido responde bien a determinado grupo de medicamentos antidepresivos, sus parientes deprimidos responderán favorablemente al tratamiento con el mismo fármaco; aun así no se puede hablar de una herencia directa del cuadro de depresión,

sino simplemente de la posibilidad de transmisión hacia los desencadenantes más vulnerables al cuadro; como lo afirma Sturgeon (1987) diciendo que la susceptibilidad a la depresión se parece a otros rasgos hereditarios en que algunas personas de la familia la heredan y otras no. Por lo cual con respecto a la depresión existe una predisposición genética a algunas clases de depresiones.

El factor hereditario es especialmente importante en las depresiones psicóticas Calderón (1998), que corresponden a la agrupación de depresiones primarias; ya que una depresión es primaria cuando constituye un componente importante y/o esencial de un síndrome (Arieti, 1981), en donde se encuentra la psicosis maniaco-depresiva; así mismo, y por lo cual, psicosis es un término utilizado en muchos casos para designar un desorden psiquiátrico importante o grave. Hay diferentes formas de nombrar o denominar a este tipo de depresión ya sea profunda o sintónica, psicótica, primaria o endógena; dependiendo del enfoque del autor pero tienen relación entre ellas y es por tal que en ocasiones se suele tener una confusión en la manera de nombrarla. En especial, acerca de las causas genéticas, una depresión endógena se basa de manera exclusiva en factores orgánicos, presumiblemente hereditarios, que se manifiestan mediante alteraciones bioquímicas del organismo; coincidiendo en ésta opinión Arieti (1981) y Breton (1998); y es por tal que el término endógeno se relaciona con las depresiones genéticas.

Hay algunos médicos especialistas, según Calderón (1998), que creen que todas las depresiones son una forma de la enfermedad maniaco-depresiva; la maniaco depresión es una condición en la que el individuo pasa a través de los ciclos de hiperactividad y euforia extrema y se hunde luego en una depresión profunda (Breton, 1998); así la depresión psicótica es en ocasiones el punto más bajo de un ciclo maniaco-depresivo a pesar de que el

término psicosis es utilizado para designar un desorden psiquiátrico importante o grave.

La depresión psicótica se manifiesta a menudo a causa de factores genéticos, trastorno mental o enfermedad o crisis nerviosa y como consecuencia de factores endógenos intervienen desequilibrios químicos como ya se mencionó.

Entonces se puede decir que una depresión endógena es en la forma simple de depresión, de las causas genéticas, que es seguida, si se agrava, por la depresión psicótica en donde intervienen factores diversos, entre ellos genéticas, ante estos tipos de depresión por lo cual afirma Jacobson (1971) que los factores psicogenéticos desempeñan un rol importante en el desarrollo de las psicosis.

2.2.2.2 Cuadro clínico en las depresiones psicóticas

En las personas que presentan depresiones de tipo psicóticas generalmente los síntomas que le acompañan es el cuadro clínico característico de las depresiones primarias o profundas en donde normalmente hay sensación de malestar, lasitud, pérdida del amor propio, sentimiento de tristeza e impotencia para realizar actividades simples, incluso de la vida cotidiana ya que hay una apreciación distorsionada de la propia persona y del mundo, que es aceptada o tiende a ser aceptada por el paciente como una forma de vida normal; por lo cual la persona deprimida cree que su manera de sentir es adecuada a las circunstancias en que vive por lo cual no trata de escapar o hallar solución al sentimiento que lo agobia.

Existen características que predominan en las depresiones profundas y son como lo menciona Arieti (1981): en primer plano una agobiante vivencia de melancolía, seguida por un desarreglo

de los procesos de pensamiento caracterizado por el retardo y el contenido inusual y por último el retardo psicomotor, como síntomas psicológicos de los cuales se puede extender a otros más, derivados de estas generalidades como el estado de ánimo, en el cual pueden presentarse periodos de angustia o confusión, aumento, o en su caso decremento de la irritabilidad; fatiga , cambios de humor extremos, como suele presentarse en su mayoría de los casos, optimistas por la mañana y deprimidos por la noche (Breton, 1998); con un cambio en el estado anímico a lo largo del día disminuyendo más con el paso del tiempo; se presenta un déficit cognitivo que involucra trastornos de memoria en donde se presenta una dificultad para la evocación, esto se relaciona con lo que menciona Calderón (1998) acerca de que los deprimidos que presentan trastornos de la memoria tienen dificultades para evocar los recuerdos almacenados, y se manifiesta por el impedimento para recodar un evento o encontrar la palabra precisa en algún momento dado, lo cual provoca un sentimiento de ansiedad; también hay una disminución que se presenta como un síntoma de inhibición, lo cual repercute sobre la memoria con una mala fijación de los hechos de la vida cotidiana y problemas en el estudio y en el trabajo debido a que no logra la concentración necesaria incluso para leer, lo cual le resulta difícil.

Pero también existen síntomas acerca de las deficiencias de ciertas funciones somáticas y físicas en donde se presenta un trastorno del sueño con la presencia del insomnio en las primeras horas de la madrugada o somnolencia, los sueños que suelen tener en lugar de ser en blanco y negro comienzan a ser en color; el paciente se queja de que no puede pensar con claridad ni trabajar y no duerme más de unas pocas horas. Los síntomas físicos suelen ser: dolor de cabeza, presiones inexplicables en los oídos o en una zona del cuello, sequedad de la boca, a veces cosquillas en las manos y pies, dolor de espalda, amenorrea y sequedad cutánea, sensación de malestar causada, tal vez, por

los problemas digestivos que se presentan por el trastorno alimenticio a veces con obesidad o con el dejar de alimentarse hasta morir de inanición; como ya no le interesa nada, ni siquiera su aspecto, es para él irrelevante descuidar su higiene personal, las relaciones con los demás disminuyen hasta desaparecer, no encuentra ánimo para continuar viviendo y disfrutando de sus capacidades físicas e incluso en relación al amor lo cual puede llevar a una impotencia o frigidez; éstos aspectos conllevan a la opinión que tiene Jacobson (1971) acerca de las depresiones psicóticas y sus síntomas ya que afirma que el cuadro emocional de estos pacientes se caracteriza por angustias, sentimientos de vacuidad y desasimiento, apatía y lasitud inferior , incapacidad mental y física para disfrutar de la vida y del amor y sentimientos de profunda inferioridad, ineptitud e inutilidad general, además de abatimiento anímico, inhibiciones del pensamiento, el retardo psicomotor entre otros.

Las personas que presentan este tipo de depresión, las ideas de culpa, pecado y condenación adquieren gran relevancia, sobre todo en casos más serios, ya que cuanto más deprimido se sienta menor será la inclinación a hacer algo positivo y entonces se hundirá más en su depresión haciéndola más crónica tendiendo a decrementar el autoestima hasta el grado de pensar que no vale nada y por tal no merece que alguien lo ayude, este pensamiento, a su vez, llegará a la conclusión de que sería mejor que no existiera y pensará en el suicidio, como hace referencia a esto Arieti (1981) declarando que en el tipo clásico o tradicional de depresión psicótica, el motivo central es la actividad de autoacusación y en casos graves, el mensaje que el paciente suele tener es: "no me ayudes; no soy digno de recibir ayuda; sólo merezco morir" y cosas similares menospreciándose a si mismo.

Todos estas son prácticamente los síntomas para lograr identificar el cuadro clínico en este tipo de depresión en donde básicamente

se encuentra una aceptación de su estado de ánimo que se va arraigando durante el transcurso del tiempo sin tratamiento y abrumador; con autor recriminaciones, desesperanza u auto desprecio, presentándose posteriormente una incapacidad en los procesos intelectuales y en relación con lo que lo rodea por lo que el hablar se reduce a un mínimo, hasta llegar incluso a desatender su persona dejando de comer o comiendo muy mal, no duerme, toma antidepresivos y puede llegar incluso a fumar marihuana u otros tipos de drogas que como se sabe actúan como depresivos, como la cocaína o el alcohol.

2.2.2.3 Causas psicológicas

Las causas psicológicas son un factor determinante en los tipos de depresiones neuróticas, llamadas también reactivas, las cuales están muy relacionadas con el término distimia; ya que en las distimias como en las neurosis "...los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia" Calderón (1998), pag. 38.

Es por tal que las causas determinantes se consideran como un factor importante en los patrones de las depresiones neuróticas las cuales se derivan de conflictos o desórdenes originados desde la infancia, ya que ésta es la etapa formativa en la cual el niño es susceptible a trastornos que se le pueden presentar como sonambulismo, terrores nocturnos, fobias, timidez; que si no son atendidos se pueden presentar como problemas de personalidad y de conducta que se agravan con el tiempo presentándose así como rasgos característicos neuróticos, como lo afirma Freud (1942b), citado en Jacobson (1971), definiendo a la neurosis, la melancolía y la esquizofrenia como resultado de conflictos

suscitados entre el yo, el ello, el súper yo y la realidad; desde este enfoque psicoanalista se dice que se debe de revisarlas cicatrices más que las heridas recientes originadas desde la infancia, más que nada de conflictos entre el yo y el súper yo.

No solo puede presentarse el cuadro de una neurosis por traumas de la niñez, sino también debe tomarse en cuenta la presencia, en determinado momento de la vida del paciente, de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes, de incidentes que han tenido algún significado importante para el paciente o de tensiones familiares ya sean las matrimoniales o sexuales, Calderón (1998).

Se llama de igual forma depresión reactiva a las depresiones neuróticas porque hay causas a las cuales se les puede llamar desencadenantes por originar este tipo de depresión; por ser causas inmediatas de las neurosis, esto es por que la persona siente en algún momento la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad que se presentan en las relaciones con los demás en la vida diaria; cuando esto sucede la personalidad del paciente entra en conflicto con estos sentimientos y con la necesidad de reprimirlos lo cual origina angustia que a su vez, por causa de un ego súper exigente, se presentan los rasgos de una personalidad que constituyen los síntomas neuróticos. Calderón (1998) menciona que son las mujeres en las que se presenta con más frecuencia una neurosis por el tipo de vida que levan y que tienen que asumir por la gran responsabilidad que esta conlleva, la familia, el esposo, los hijos y en su caso el trabajo; por lo cual requiere un doble de energía y trabajo que el que necesita para atender las necesidades que su entorno le exige. Otro factor que influye en las causas de las neurosis y no menos importante es la llamada pérdida del objeto, la cual se refiere a una pérdida de cualquier tipo que haya sufrido

la persona en cualquier momento de su vida, ya sea material, sentimental o la pérdida de poder.

La pérdida del objeto en la etapa formativa es de importancia considerable ya que como se mencionó esta podría causar problemas con la psicopatología de la vida adulta. En la adolescencia la pérdida del objeto es particularmente traumática para el adolescente y produce un impacto profundo sobre la estructura psíquica todavía en desarrollo, (James, 19981); es quizá en la adolescencia, como se ha dicho, en donde la persona pasa por muchos obstáculos y dificultades que podrían no ser tan fáciles de pasar bien librados ya que es la etapa donde se comienzan a tomar decisiones para mejorar el futuro de la persona, si esta se ve interrumpida u obstruida por una pérdida, especialmente de un ser querido, o pérdida de la capacidad de decisión, sentimiento de impotencia, puede generar trastornos en la personalidad del adolescente llegando hasta una neurosis.

La pérdida en un niño es relativamente menos compleja a la de un adolescente o adulto, ya que en este su mayor identificación con algún objeto es la madre, aquella persona que le proporciona confianza y seguridad, si el niño siente este tipo de pérdida, suena alarmante y quizás imposible pero, puede llegar a presentar una depresión, esto es justificado con lo que dice Jacobson (1971) acerca de que la llamada "depresión básica es el resultado de un conflicto agresivo, causada por una falta de comprensión y aceptación materna que reduce la autoestima del niño", pag. 24.

Ya se habló acerca de la pérdida de un ser querido y hay que hacer mención a que en esta se puede pasar por diferentes fases con las cuales coinciden diferentes autores (Calderón, 1998; James, 1981), las cuales son normales, en el sentido de que un ser humano lleno de sentimientos y emociones puede llegar a sentir diferentes estados de ánimo en el transcurso del periodo de

duelo, las cuales son: la negación al principio, a perder a alguien y desesperación; depresión; ira contra el objeto perdido y finalmente aceptación.

Si la persona que ha sufrido una pérdida de un ser querido se queda estacionada en alguna de estas fases se debe tomarse en consideración para ser tratado ya que eso ya no es normal. Otra de las causas desencadenantes es la pérdida de una situación económica la cual causa problemas en la relación de la persona con los demás, así como también la pérdida de poder provoca descontrol e inseguridad en la persona; un factor primordial que origina la depresión neurótica es la pérdida de la salud ya sea por enfermedades con peligro de muerte, cáncer o sida; enfermedades que originan incapacidad física como embolias o amputaciones de alguna parte del cuerpo; también por enfermedades que determinan alteraciones estéticas, ya sea por ejemplo por quemaduras que requieren operaciones, o enfermedades que afectan la autoestima, como impotencia o frigidez; la edad y el transcurso del tiempo están relacionados con la pérdida de la persona, pérdidas como la juventud, sentir que se hacen viejos y lo que conlleva a la vejez como lo son las arrugas, la falta de energía, los cambios hormonales, de los cuales están conscientes lo cual puede hacerlos más susceptibles a experimentar cambios anímicos, (Bretron, 1998), y estos cambios son desencadenantes a causa de alguna pérdida para que el paciente presente rasgos de una depresión neurótica que está muy relacionada a nivel psicológico. En las mujeres, según Sturgeon (1987), la edad más común para que surja un episodio depresivo es de los 28 a los 30 años y más aún entre los 25 y los 27 ya que puede considerarse como la pérdida de ese primer rubor de la juventud.

2.2.2.4 Cuadro clínico en las depresiones neuróticas

El cuadro clínico característico de las depresiones neuróticas o reactivas son generalmente los síntomas asociados a los trastornos de la afectividad algunos son tal vez comunes en todas las depresiones como síntomas mentales con relación a la tristeza, en donde se puede o no presentar tendencia al llanto, disminución de la autoestima así como la inseguridad en donde se encuentra una dificultad para tomar decisiones; estos tal vez sean los más comunes en las depresiones, pero los síntomas que están más relacionados con una depresión neurótica son las que se mencionan a continuación:

Indiferencia afectiva. En donde se encuentra una disminución o en su caso una pérdida de intereses vitales, se encuentra también la pérdida de sentimientos por lo cual la persona deprimida pierde todo deseo de expresar afecto o interés por los demás, las actividades que antes le despertaban interés ahora son indiferentes para él.

Inseguridad. El enfermo deprimido neurótico presenta casi siempre este síntoma, por lo cual no tiene confianza de si mismo, la autoestima la tiene muy baja por lo que siente que no vale nada y siente la imposibilidad de salir del hoyo donde se encuentra.

Pesimismo. Con un enfoque vital derrotista, que da origen a dependencia hacia la familia, el cual normalmente acompaña a la inseguridad, que da origen a sentimientos de devaluación personal como en la inseguridad; lo cual da origen a que el paciente tienda a acusarse a si mismo y a exculpar a los demás, se muestra muy afectivo con sus familiares y dispuesto a hacer cualquier cosa por ellos desinteresadamente, pero a medida que avanza la depresión se vuelve indiferente ante todos (Arieti, 1981).

Miedo. a veces injustificado, el tener miedo hasta de alguna actividad común como bañarse; el paciente siente temor pero no sabe a que pudiendo ser a todo o a nada en especial (Calderón, 1998), por lo cual este síntoma limita en forma considerable sus actividades y el cual puede llevar a que el paciente tenga ideas delirantes como lo afirma Arieti (1981) en relación con la depresión paranoide "El paciente tiene la sensación de que está siendo vigilado, asechado o amenazado y que alguien quiere hacerle daño por lo que en ocasiones puede escuchar voces. Puede haber desilusiones hipocondriacas con marcadas distorsiones de la imagen corporal", pag. 88, lo cual demuestra que es un tipo de depresión grave en donde el paciente se encuentra incapacitado para resolver de manera correcta y coherente a lo sucede en su entorno.

Ansiedad. Suele presentarse en grado variable durante el día decrecentando durante el transcurso de éste, este síntoma es importante ya que podría ser un escudo para ocultar la depresión ya que como lo afirma Breton (1998) diciendo que la depresión también puede quedar oculta detrás de la ansiedad en los casos en que el enfermo se siente impotente e incapaz de controlar su vida.

Irritabilidad. En este síntoma las manifestaciones comunes suelen presentarse por la agresividad hacia los demás el cual da origen a problemas familiares y laborales y en casos más graves como lo demuestra Arieti (1981), "en su accionar incontrolado, el paciente puede dañarse fácilmente o dañar a los demás", pág. 92.

En relación con el suicidio las personas con depresiones de tipo neuróticas el suicidio es raro pero debe preverse sobre todo en el aniversario del suceso causante (Sturgeon, 1987), o sea, de la fecha en que ocurrió la pérdida significativa y provocadora de la depresión.

2.2.2.5 Causas ecológicas

El ser humano está tan relacionado con su medio ambiente que le rodea que en ocasiones cuando este sufre algún cambio importante, de igual forma repercute en el estado de ánimo del hombre. Así pues cuando ocurre o se presenta una severa contaminación ambiental hay un desequilibrio ecológico consiguiente, por todo esto es una pena pensar y asegurar que es precisamente el hombre quien provoca estos cambios en su atmósfera y en su propio hábitat por el tipo de necesidades que se le han ido presentando en el transcurso del tiempo; diferentes tipos de comunicación, de transporte, de industrialización que generan contaminación. En estudios realizados recientemente por Calderón (1998), se menciona que la población ha aumentado conforme pasa el tiempo considerablemente en el mundo, exigiendo, las generaciones venideras nuevas necesidades de "modernización" lo cual implica de alguna forma modificar el medio ambiente y es por tal que Calderón afirma que en la medida en que el hombre deteriora el medio ambiente, disminuye la calidad de su vida; si fuese tomada en consideración esta idea habría menos problemas a nivel general que se le presentan al hombre especialmente de una depresión a causa de estos factores ecológicos que influyen de manera anímica en el ser humano de manera significativa. Trad (1992) afirma que "la mayoría de las explicaciones que se dan a la aparente falta de continuidad en el desarrollo se basan en el carácter impredecible de los factores ambientales", pág. 19; de igual forma hay ambientalistas como Kagan, mencionado en Trad (1992), que atribuyen a los factores imprevistos en el ambiente los que afectan a la persona originando estados psicológicos que dan lugar a discontinuidades en lugar de una continuidad; esto como ya lo mencione que los factores nocivos del ambiente pueden desencadenar un trastorno en las personas que se encuentran en contraste e intensa interacción con éste. Los desequilibrios que se

presentan en el ambiente y por los cuales hay una preocupación por ellas en el sentido de que repercuten en el estado psicológico de las personas son por ejemplo: la contaminación atmosférica la cual se debe a la contaminación del aire por concentraciones elevadas de sustancias nocivas que afectan al hombre, a los animales así como a las plantas. La contaminación del aire es a causa de productos de combustión de vehículos de motor, industrias que generan la mala calidad del aire que respiramos, las talleres e incluso los desechos que son quemados equivocadamente, también se puede considerar al polvo, por algunos vientos fuertes que lo generar y que es contaminante severo en las zonas urbanas y rurales (Calderón, 1998). Otra causa de una depresión leve, en este caso, son los problemas de tránsito con los que se está en constante contacto en el ambiente, puede parecer exagerada esta causa, pero el exceso de vehículos que se encuentran en la carretera por donde tenemos que cruzar genera congestionamiento vial que a su vez provoca irritabilidad en las personas, presentación de estrés que puede ser un activador importante en una depresión; también la falta de estacionamientos es una causa incluida es los problemas de tránsito presentándose como consecuencias un mayor número de accidentes que pueden llevar a una pérdida económica y como ya se mencionó la pérdida es un detonador de un trastorno mental así como el estrés, por la disminución de horas de descanso que provocan estos problemas.

También puede tomarse como contaminante ambiental al ruido excesivo del cual pareciera que las personas estamos acostumbradas, los aviones de reacción, para personas que vivan cerca de un aeropuerto, las fábricas metalúrgicas; incluyéndose dentro de esta causa los equipos de sonido que con la tecnología con la que ahora nos encontramos pueden llegar a generar ondas de sonido altas provocadoras del ruido, al igual que la televisión. El ruido es un intermediario provocador de una mala

concentración que no permite el buen juicio y funcionamiento del cerebro por lo cual puede llegar a desarrollar en la persona consecuencias como el insomnio, la fatiga física e intelectual, la irritabilidad, incremento de la tensión arterial y hasta sordera.

Todos estos problemas incluidos en el ambiente o provenientes de esto son un factor influyente para que se presente una depresión en el hombre, el tipo de depresión que se da por estas causas se debe considerar o clasificar dentro de las depresiones leves que es su mayoría son reversibles con un tratamiento adecuado e incluso el mismo paciente se libera de ésta si las condiciones y su manera de sentir y pensar cambian en su entorno pero que como en todos los trastornos se puede agravar si no se atiende adecuadamente y si las condiciones de vida no cambian, tal como lo afirma Breton (1998) diciendo que el papel que juegan las situaciones en que se encuentran las personas como su empleo, su hogar, sus relaciones son importantes; si alguna de ellas no es satisfactoria hará que el enfermo se sienta todavía peor y que le resulte difícil pensar positivamente con el fin de ayudarse a mejorar, se dice que las personas que padecen esta clase de depresión enferman cuando los días se hacen más cortos y con ello no reciben toda la luz solar que necesitan.

2.2.2.6 Cuadro clínico en las depresiones encubiertas

Los síntomas que se presentan en este tipo de depresiones que corresponden a depresiones simples o leves son principalmente los relacionados con trastornos orgánicos que son la principal causa por la que generalmente el paciente acude al médico y es en donde éste se puede dar cuenta de la depresión que puede presentar, hago mención a esto ya que los síntomas que presento a continuación pueden tener una variación dependiendo al grado de depresión que tenga el paciente y que en ocasiones pueden aparecer síntomas normales de un estado de ánimo pasajero o

como un leve trastorno orgánico es por tal que se le ha llamado también a esta depresión como depresión enmascarada o encubierta (Breton, 1998), ya que si bien los síntomas físicos pueden ser muy parecidos no hay síntomas psicológicos.

Los síntomas comunes en esta depresión y con las cuales varios autores están de acuerdo (Calderón, 1998; Sturgeon, 1987; Breton, 1998; Arieti, 1981), son los que a continuación se mencionan:

Trastornos en el sueño. En donde puede haber, ya sea insomnio que se presenta al principio o al final del periodo de descanso, lo cual la dificultad para dormir perturba considerablemente al enfermo pudiendo ser única pero angustiosa queja durante muchos años. Otros pacientes se encuentran inquietos toda la noche, a menudo se despierta y al día siguiente se queja de haber dormido muy poco, con frecuencia se presentan sueños desagradables "pesadillas"; en contraste algunos pacientes presentan una tendencia a querer dormir todo el día, pasa muchas horas en la cama, lo que contribuye a una forma de escapar de su realidad y responsabilidades.

Trastornos en el apetito. Uno de ellos y de gran importancia es la anorexia que implica la disminución del apetito y por consiguiente una importante pérdida de peso o a la inversa, puede presentarse un deseo compulsivo de comer pudiendo llegar hasta la bulimia con el correspondiente aumento de peso provocando como es común es estas enfermedades problemas gastrointestinales.

Disminución del deseo sexual. Los pacientes presentan una disminución o desaparición, según sea el caso, del deseo sexual lo cual afirma parte del cuadro de reducción global de los instintos o de las cosas y actividades que antes le provocaban interés y placer.

Decaimiento físico. Presentado con un incremento por la mañana provocando que el enfermo no desee levantarse y es en ocasiones lo que implica que el paciente no tenga ánimos para realizar las actividades cotidianas que requieren de su atención, el enfermo también mostrará menos interés hacía cosas que normalmente le gustaban.

Trastornos digestivos. Es en donde en el aparato digestivo con frecuencia se encuentran las quejas del enfermo, como la dispepsia o náusea; que diagnostican generalmente colon irritable, que a su vez son elementos comunes que se presentan en una depresión.

Trastornos cardiovasculares. En estos hay palpitaciones anormales, disnea nerviosa, dolores cardiorrásticos, entre otras que son por lo regular trastornos por los que el deprimido acude al cardiólogo.

Estos síntomas por ser a veces comunes en enfermedades que podrían presentarse en personas no deprimidas pueden confundir al camino hacia un diagnóstico correcto; es por tal entonces que se le ha denominado como depresión encubierta ya que es una depresión en la cual las manifestaciones físicas ocultan la sintomatología psicopatológica o que no es reconocida como tal en un examen previo, en el cual el terapeuta puede confundirse con una enfermedad somática o de igual forma se le ha denominado depresión encubierta porque está caracterizada por signos y síntomas físicos enmascarados como la han mencionado diversos autores (Berner, Katschig y Poldinger, 1973), citados en Arieti (1981).

2.2.2.7 Causas sociales

El ser humano desde que nace es dotado, en la mayoría de los casos, de amor, protección y seguridad por la madre como por los

demás miembros de la familia y conforme va creciendo va teniendo una identidad y una posición en su entorno social por lo cual necesita el apoyo de algún miembro de la familia y a lo largo de su vida esta persona necesita aún más a algún punto de apoyo de otra. Por otra parte se dice (Márquez, 1990) que además pueden ser otras cosas en las cuales puede apoyarse una persona como pueden ser determinados proyectos de vida, empresas y tal vez deseará sentirse una persona importante como un deportista o un famoso artista, o un hombre que triunfe en la vida. De cualquier forma se sabe gracias a los estudios etiológicos, mencionados en Calderón (1998); que los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie. Lo cual se puede observar por las manifestaciones físicas y psicológicas de angustia que se presentan cuando se ha sufrido una pérdida, y cuando por consiguiente, en determinadas ocasiones, se origina una depresión.

Para los seres humanos los vínculos afectivos son muy importantes y en consecuencia se puede ocasionar una depresión al sentir la destrucción de estos; la forma en que se llama a estas depresiones son las salidas o entradas, en donde, según Calderón (1998) las salidas son una defunción de un ser querido, una separación de divorcio, la incorporación de un hijo en el ejército, etc., y las entradas son consideradas como el ingreso de una persona al espacio vital o interpersonal del individuo cuando se siente invadido el lugar en donde se relaciona; esto es que ciertos tipos de situación cotidiana están estrechamente relacionados con la enfermedad depresiva.

En estudios realizados por Breton (1998) se comprobó que personas que perdían a una madre antes de los once años de edad y las que no tenían una relación estrecha con alguien en

que pudieran confiar, eran más susceptibles a alguna depresión; lo cual demuestra que somos seres sociales por lo cual no podemos mantener una vida equilibrada sin relaciones de este tipo que intervienen en muchos aspectos anímicos, psicológicos y culturales del individuo. Así por ejemplo las personas que tienen una mala relación conyugal son blanco perfecto para que se presente una depresión ya que esto es peor a que si no tuvieran ninguna relación, esto es porque la mala relación se suma a su falta de autoestima y nos hace más vulnerables a las enfermedades depresivas; hay incluso personas que se casan sólo porque piensan que si no la hacen en ese momento y con esa persona, ya nadie va a querer estar con ella, y esto es a causa de su bajo nivel de autoestima que tienen.

Ya se habló un poco acerca de la depresión en la adolescencia y de igual forma se mencionó que esta etapa es en donde la persona sufre muchos cambios incluyendo su entorno social que es en determinado momento quien le exige mayores responsabilidades y actitudes diferentes que tiene que asumir, y es por tal que las manifestaciones depresivas en la adolescencia pueden obedecer, además, a la renuncia a vínculos y objetos infantiles, la no conservación de ideas irrealizables o los conflictos derivados de sentimientos de culpa. Es claro que no todas las jóvenes pasan por los traumas descritos pero como menciona Arieti (1981), nuestra cultura impone fuertes tensiones al adolescente debido a las inhibiciones sexuales, las limitaciones de su libertad, la exigencia de triunfos sociales y académicos y su indefinición de su rol en la sociedad, de modo que no es de sorprender que sufran trastornos.

Entonces se podría decir que las causas sociales de la depresión son por la desintegración de vínculos familiares, disminución del apoyo espiritual de la iglesia, el cual es un lazo muy importante e influyente por las costumbres, educación u opinión personal; la

falta de vínculos con los vecinos o las amistades y también por migraciones de algún familiar o como ya se mencionó por la intromisión de alguien al entorno familiar.

Estos factores son importantes para que se origine una depresión dentro de los cuales también están implicados otros no menos importante que puede disparar un trastorno. Cuando una persona se siente, como es característico, muy poca cosa, con el autoestima baja suele en determinados casos "refugiarse" en las drogas o en el alcohol el cual es también un depresivo del sistema nervioso y en ocasiones puede provocar una reacción tóxica al igual que algunos fármacos que son recetados para la presión alta pueden ser depresores y, de las drogas se sabe que son especialmente un tipo de depresores por las consecuencias que lleva el tomarlas. Se sabe de igual forma que en la mayoría de las personas que ingieren alcohol o drogas las manifestaciones son comúnmente de tipo ansiosas es por eso que este tipo de depresiones se pueden clasificar dentro de las depresiones ansiosas como se verá en el apartado siguiente.

2.2.2.8 Cuadro clínico en depresiones ansiosas.

En el caso de las depresiones de tipo ansiosas, como le llamaremos aquí por las diferentes manifestaciones; el cuadro clínico que comúnmente se pueden presentar son generalmente trastorno de la conducta. En otras investigaciones (Sturgeon, 1987) se han referido a estas depresiones como tóxicas, en consecuencia de las causas conductuales como tomar alcohol de manera des moderada y drogas al igual que algunos fármacos como se mencionó en el apartado anterior, pero los síntomas son a común relación con una importante modificación de la conducta, las cuales son por ejemplo, y los más comunes, como lo menciona Márquez (1990) y los cuales son:

- Irritabilidad

- Intolerancia
- Crueldad
- Conductas agresivas
- Tendencias delictivas
- Rebeldía
- Cleptomanía
- Predisposición a los accidentes
- Conducir demasiado deprisa
- Jugar compulsivamente
- Relaciones sexuales incrementadas
- Afiliación a determinados grupos
- Tomar drogas o alcohol
- Hiperactividad

Como su nombre lo menciona, la depresión ansiosa, a pesar de encontrarse dentro de las depresiones leves, suele causar daños importantes en la personalidad de pacientes como cambios drásticos de comportamiento que le perjudican aún más en su relación con los demás y en su perspectiva de si mismo que va degenerando gradualmente.

Uno de estos síntomas con el que coinciden diferentes autores (Calderón,1998; Arieti,1981 y Sturgeon, 1987), y que es tal vez el más común por presentarse como escape de los problemas que se le aparecen al enfermo y que no puede afrontarlos es tomar drogas, alcohol, al cual le acompaña las conductas agresivas y tal vez a las demás síntomas como manifestaciones, mencionadas arriba se presenta un retardo de sus actividades espontáneas y sus actividades planificadas, imponen esfuerzos adicionales de concentración y de trabajo le distrae, lo que prefería hacer o pensar y dejar poco lugar para otras emociones. La ansiedad como síntoma principal que se presenta en la depresión no le permite estar bien consigo mismo ni con los demás, así que suele

presentarse una tendencia a la hiperactividad, el uso de drogas, la afiliación a grupos como bandas delincuentes o la promiscuidad sexual en el caso también de los adolescentes, así como un auto-desprecio que puede llevar a la rebeldía provocando en si mismo odio hacia los demás, el uso de drogas o actos agresivos en los jóvenes es muy común ya que con esto quieren llamar la atención de las personas a las cuales consideran importantes en su vida; suele suceder que algunos jóvenes muestran gran agitación, mientras otros se alejan de todo contacto con sus iguales (Arieti, 1981) y ya nada le parece interesante y encerrándose en su depresión no saliendo a ningún lugar, ni a la escuela ni a trabajar, por lo cual se ve afectado su rendimiento académico.

No saben que hacer para salir de su estado que generalmente es angustioso, con una ansiedad elevada, por lo cual la depresión para el paciente es un escape de la ansiedad. Algunas veces están permanentemente activos en un estado que varía desde moderada excitación motriz hasta la actividad incesante y desenfrenada, hablan, cantan, bailan, brincan y rompen o mueven objetos. El individuo saldrá de casa para ir de compras, trabajar o para funciones, pero se mostrará a menudo nervioso, torpe y angustiado.

2.3 PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS

2.3.1 Hipótesis General

Si evitamos la depresión mejoraremos la salud de los adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo.

2.3.2 Hipótesis Particulares

Si evitamos la depresión mejoraremos la autoestima del adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo.

Si evitamos la depresión mejoraremos el estado emocional del adulto mayor del Centro Gerontológico Quevedo.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Cuadro 1. Operacionalización de la hipótesis

Concepto	Categorías	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas instrumentos
<p>La depresión (del latín <i>depressio</i>, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento») es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología. Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.</p> <p>La salud (del latín <i>salus, -ūtis</i>) es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud en su constitución</p>	<p>Si evitamos la depresión</p> <p>Mejoraremos la salud de los adultos mayores</p> <p>Mejoraremos la autoestima del adulto mayor</p> <p>Mejoraremos el estado emocional del adulto mayor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia • Formas • Problemas • Complicaciones <p>Culpabilidad</p> <p>-Irritabilidad</p> <p>-Intolerancia</p> <p>Conductas agresivas</p> <p>Tendencias delictivas</p> <p>Rebeldía</p>	<p>-¿Los adultos mayores presentan depresión?</p> <p>-¿Los adultos mayores ocultan la depresión?</p> <p>-¿Los adultos mayores que presentan depresión, tienen problemas de salud?</p> <p>-¿La salud de los adultos mayores se ha complicado por la depresión?</p> <p>-¿Los adultos mayores con depresión presentan deteriorada autoestima?</p> <p>-¿Los adultos mayores con depresión presentan irritabilidad?</p> <p>-¿Los adultos con depresión presentan conductas rebeldes?</p> <p>-¿Los adultos mayores con depresión presentan intolerancia?</p> <p>-¿Los adultos mayores con depresión presentan indefensión para enfrentarse a</p>	<p>Entrevista a profesionales de la salud y encuestas a los adultos mayores.</p>

aprobada en 1948.			obstáculos?	
-------------------	--	--	-------------	--

CAPITULO III

3.- DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Metodología Empleada

3.1.1 Método Inductivo

Va de lo particular a lo general. Es decir, partir del conocimiento de cosas y hechos particulares que se investigaron, para luego, utilizando la generalización y se llega al establecimiento de reglas y leyes científicas.

3.1.2 Método deductivo

Es el proceso que permite presentar conceptos, principios, reglas, definiciones a partir de los cuales, se analiza, se sintetiza compara, generaliza y demuestra.

3.1.3 Método descriptivo

Lo utilice en la descripción de hechos y fenómenos actuales por lo que digo: que este método me situó en el presente.

No se redujo a una simple recolección y tabulación de datos a los que se acompaña, me integro el análisis reflexión y a una interpretación imparcial de los datos obtenidos y que permiten concluir acertadamente mi trabajo.

3.2 Modalidad de la investigación.

En la presente investigación se empleará la modalidad de campo y documental:

De campo porque se realizarán entrevistas a los profesionales de la salud y encuestas a los adultos mayores.

Documental porque recurrimos a información de textos, revistas y artículos científicos.

3.3 Nivel o tipo de investigación.

Los tipos de investigación a emplearse son: descriptivas y explicativas.

Descriptivas, por cuanto a través de la información obtenida se va a clasificar elementos y estructuras para caracterizar una realidad y,

Explicativa, porque permite un análisis del fenómeno para su rectificación.

3.4 Población y muestra

3.4.1 Población

La población es el grupo de individuos que habitan en una determinada zona donde se realiza la investigación, en este caso tenemos una población de 60 adultos mayores que asisten de manera diurna al Centro Gerontológico Quevedo.

3.4.2 Muestra

Se considera como muestra a una parte de la investigación que facilita el estudio y hace más eficaz a la investigación. Las encuestas se aplicarán a los 60 adultos mayores que asisten de manera diurna, 60 familiares y a los 2 profesionales de la salud y 2 administradores.

Los mismos que están distribuidos de la siguiente manera

	Población	Muestra	Mujeres	Hombres
Profesionales de la salud y administradores	4	4	3	1
Adultos mayores	60	60	45	25
Familiares	25	25	17	8

3.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1 Cuestionario para la encuesta:

Es la técnica que a través de un cuestionario permite recopilar datos de toda la población o de una parte representativa de ella.

3.6 Recursos de información.

- Consulta a expertos
- Visita a bibliotecas y librerías.
- Recopilación de material bibliográfico y documental
- Aplicación de instrumentos de investigación.
- Internet

3.7 Selección de recursos de apoyo

- Video grabadoras
- Filmadoras
- Fichas bibliográficas
- Fichas nemotécnicas

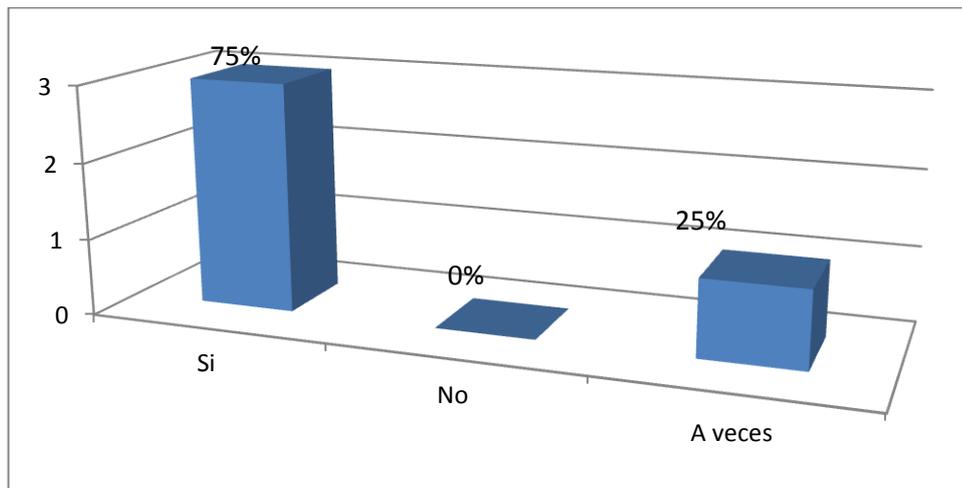
CAPÍTULO IV

4.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1 Entrevistas dirigidas a los profesionales de la salud

1) ¿Los adultos mayores presentan depresión?

Respuesta	#	%
Si	3	75
No	0	0
A veces	1	25
Total	4	100



Análisis

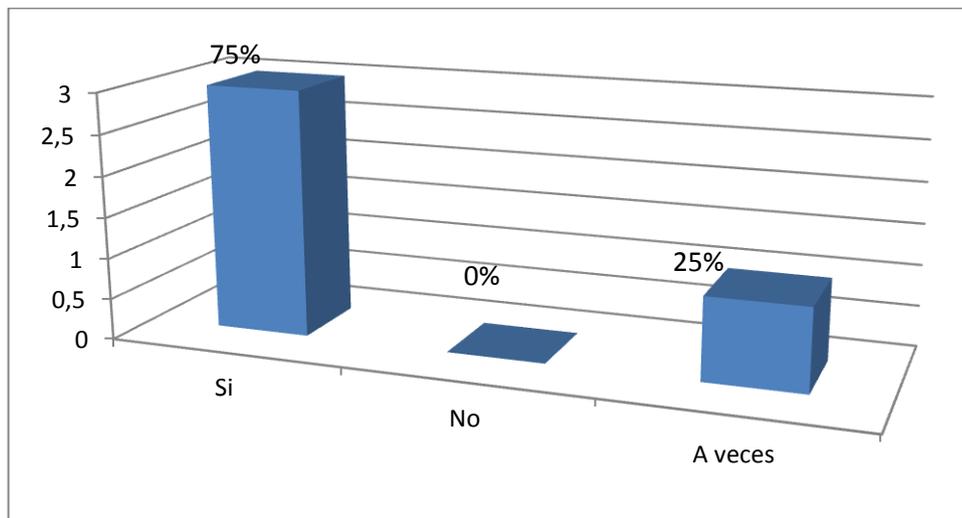
De la investigación realizada, el 75% manifiesta que los adultos mayores si presentan depresión, mientras que un 25% dice que solo a veces.

Interpretación

No todos los adultos mayores presentan depresión

2) ¿Los adultos mayores que presentan depresión, tienen problemas de salud?

Respuesta	#	%
Si	3	75
No	0	0
A veces	1	25
Total	4	100



Análisis

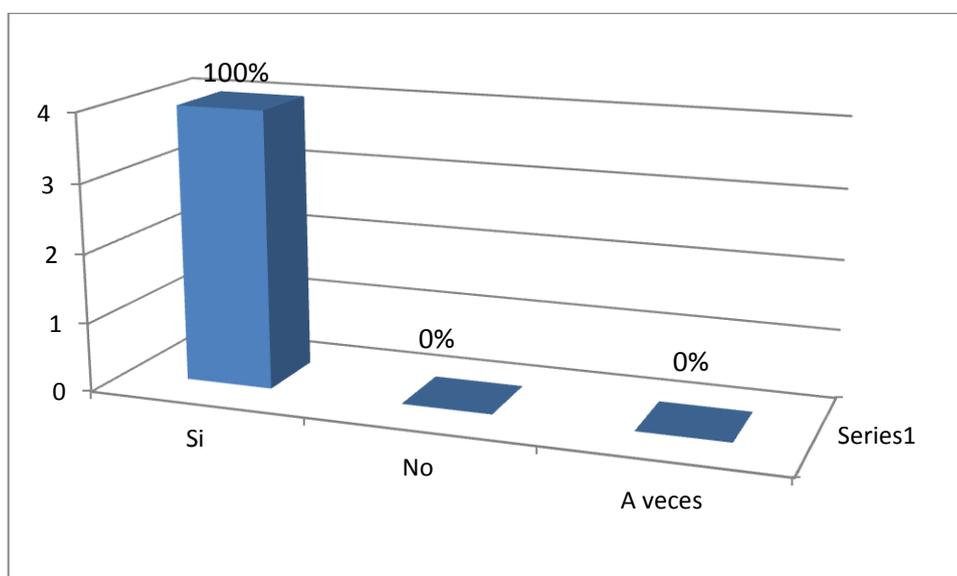
De la investigación realizada, el 75% manifiesta que los adultos mayores que presentan depresión si tienen problemas de salud, mientras que un 25% dice que solo a veces.

Interpretación

No todos los adultos mayores presentan depresión, tienen problemas de salud.

3) ¿La salud de los adultos mayores se ha complicado por la depresión?

Respuesta	#	%
Si	4	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	4	100



Análisis

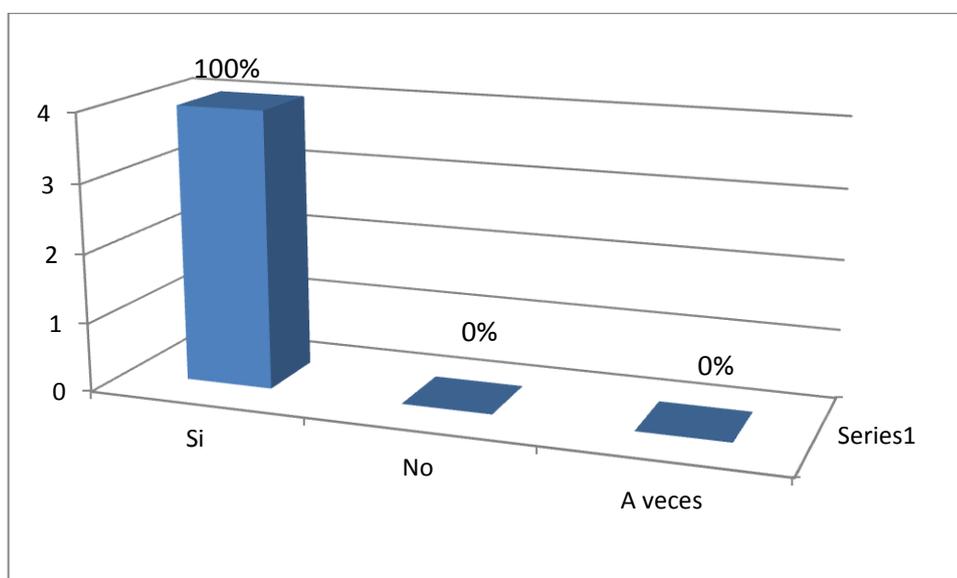
De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que la salud de los adultos mayores se ha complicado debido a la depresión.

Interpretación

La salud de los adultos mayores se ha complicado debido a la depresión.

4) ¿Los adultos mayores con depresión presentan deteriorada autoestima?

Respuesta	#	%
Si	4	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	4	100



Análisis

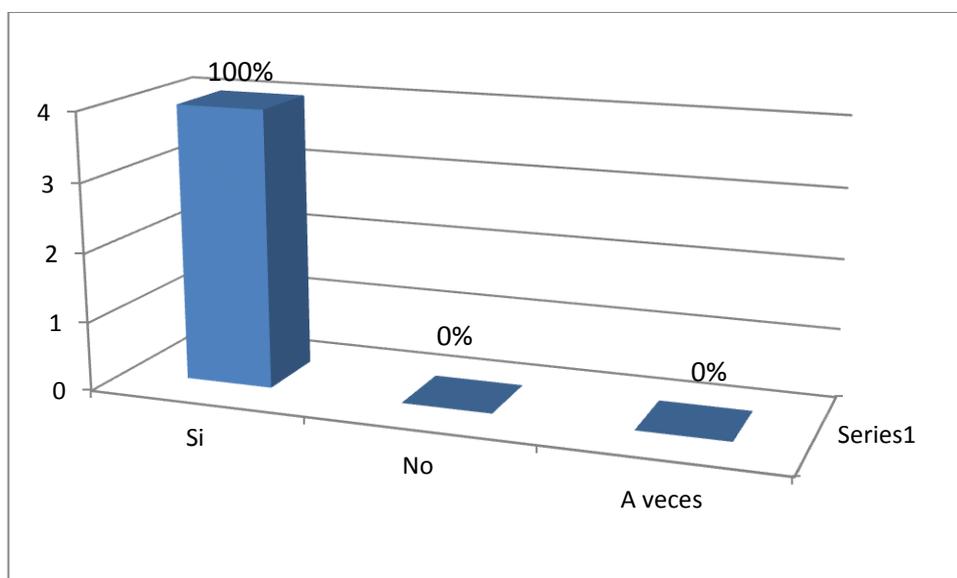
De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los adultos mayores con depresión presentan deteriorada autoestima

Interpretación

Los adultos mayores con depresión presentan deteriorada autoestima

5) ¿Los adultos mayores con depresión presentan irritabilidad?

Respuesta	#	%
Si	4	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	4	100



Análisis

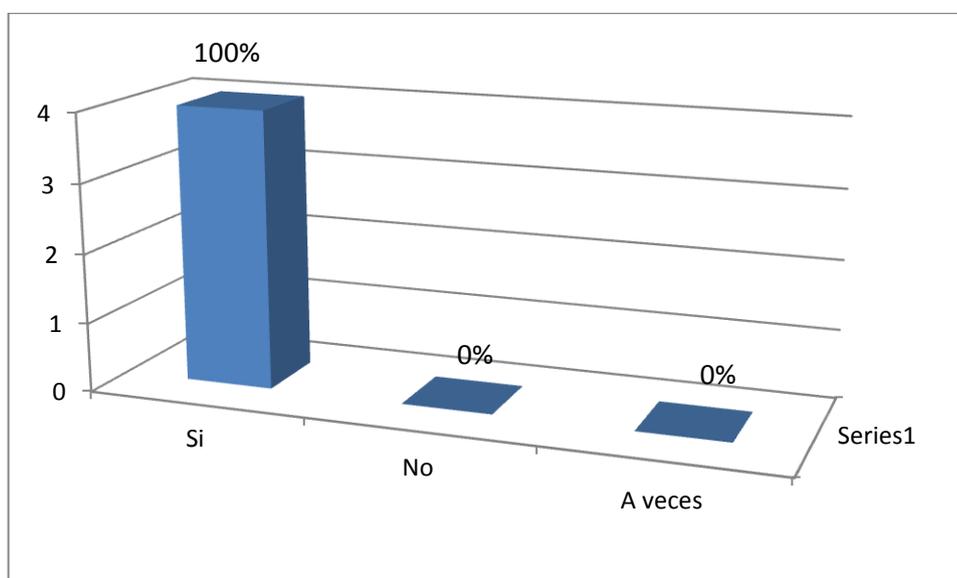
De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los adultos mayores con depresión presentan irritabilidad

Interpretación

Los adultos mayores con depresión presentan irritabilidad

6) ¿Los adultos mayores con depresión presentan conductas rebeldes?

Respuesta	#	%
Si	4	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	4	100



Análisis

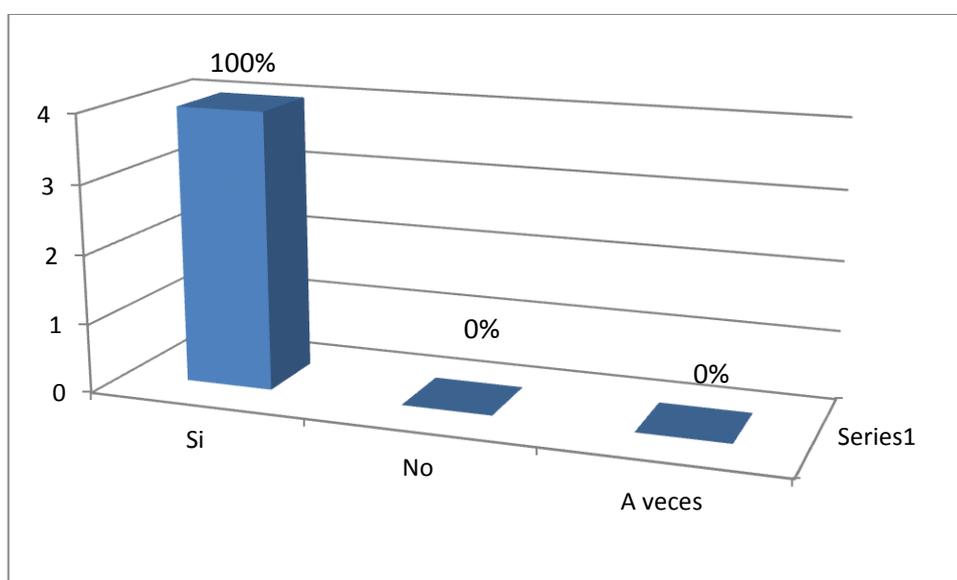
De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los adultos mayores con depresión presentan conductas rebeldes

Interpretación

Los adultos mayores con depresión presentan conductas rebeldes

7) ¿Los adultos mayores con depresión presentan intolerancia?

Respuesta	#	%
Si	4	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	4	100



Análisis

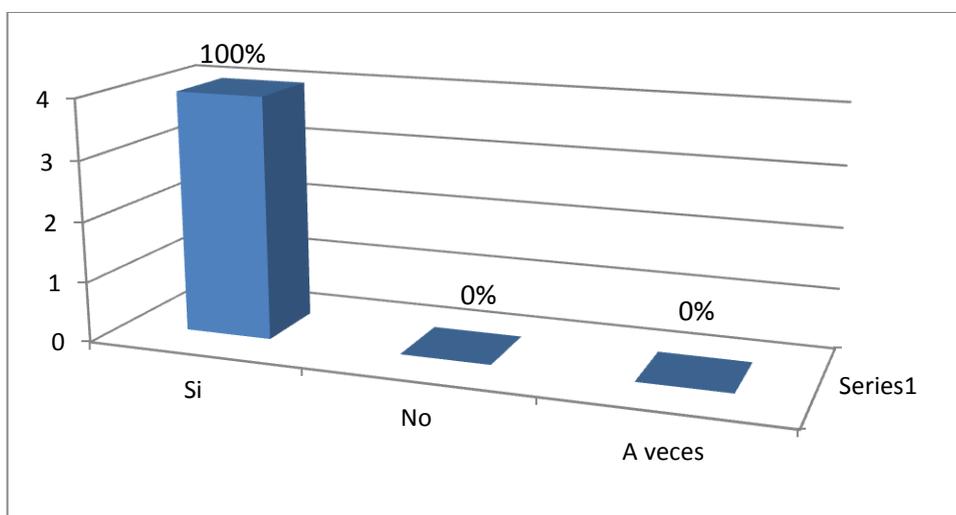
De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los adultos mayores con depresión presentan intolerancia

Interpretación

Los adultos mayores con depresión presentan intolerancia

8) ¿Los adultos mayores con depresión presentan indefensión para enfrentarse a obstáculos?

Respuesta	#	%
Si	4	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	4	100



Análisis

De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los adultos mayores con depresión presentan indefensión para enfrentarse a obstáculos

Interpretación

Los adultos mayores con depresión presentan indefensión para enfrentarse a obstáculos

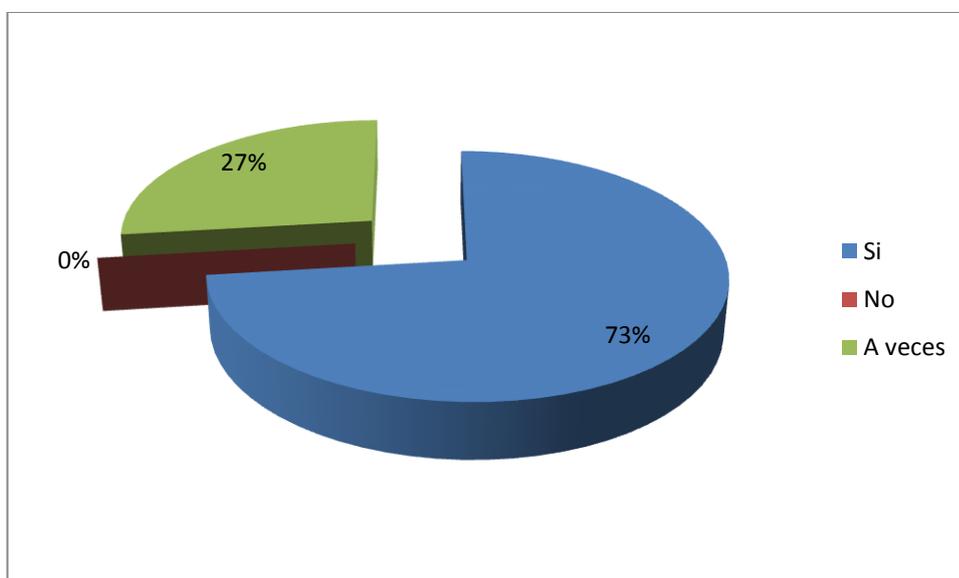
4.2 Encuesta dirigida a los adultos mayores

1) ¿Presentan depresión?

Cuadro # 1

Respuesta	#	%
Si	44	73
No	0	0
A veces	16	27
Total	60	100

Grafico # 1



Análisis

De la investigación realizada, el 73% manifiesta que los adultos mayores si presentan depresión, mientras que un 27% dice que solo a veces.

Interpretación

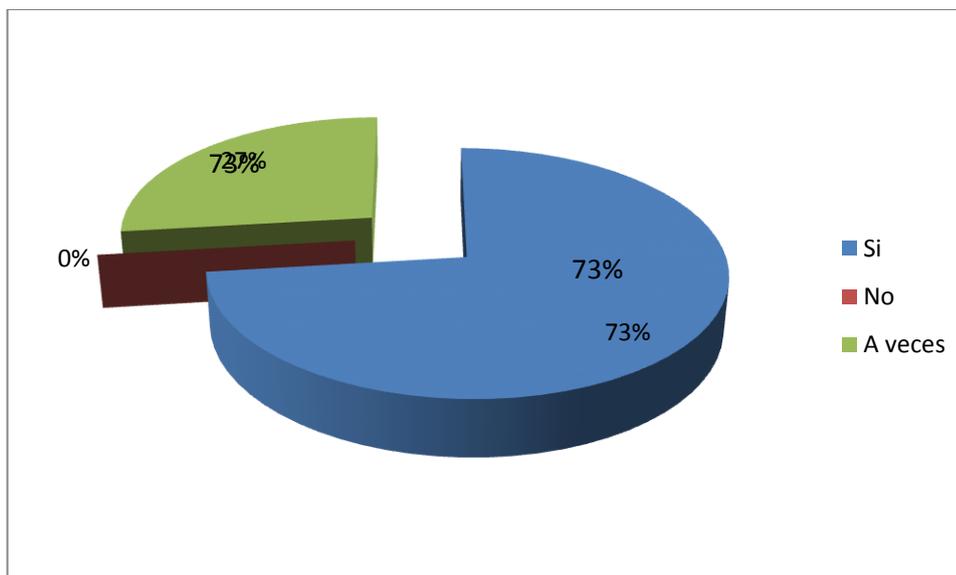
No todos los adultos mayores presentan depresión

2) ¿Cuándo presentan depresión, tienen problemas de salud?

Cuadro # 2

Respuesta	#	%
Si	44	73
No	0	0
A veces	16	27
Total	60	100

Grafico # 2



Análisis

De la investigación realizada, el 73% manifiesta que los adultos mayores que presentan depresión si tienen problemas de salud, mientras que un 27% dice que solo a veces.

Interpretación

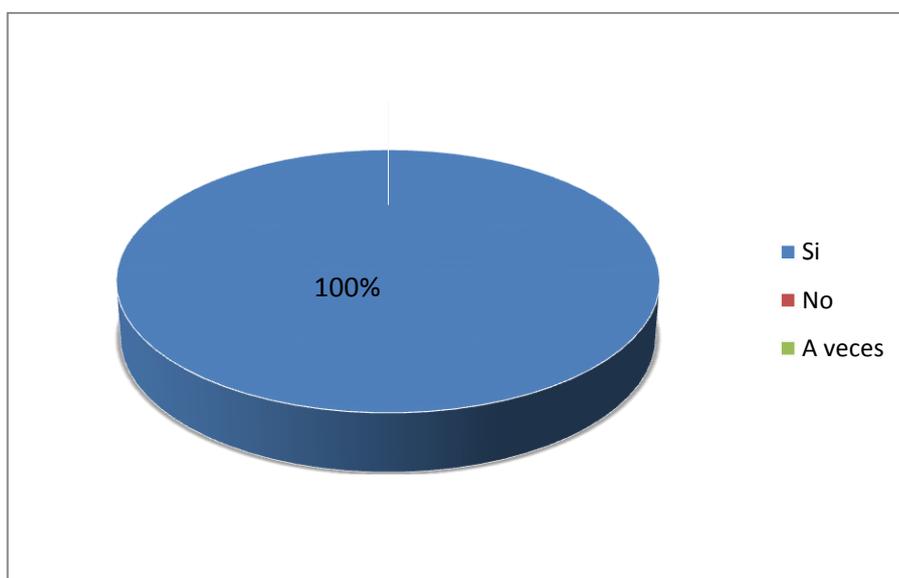
No todos los adultos mayores presentan depresión, tienen problemas de salud.

3) ¿Su salud se ha complicado por la depresión?

Cuadro # 3

Respuesta	#	%
Si	60	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	60	100

Grafico # 3



Análisis

De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que la salud de los adultos mayores se ha complicado debido a la depresión

Interpretación

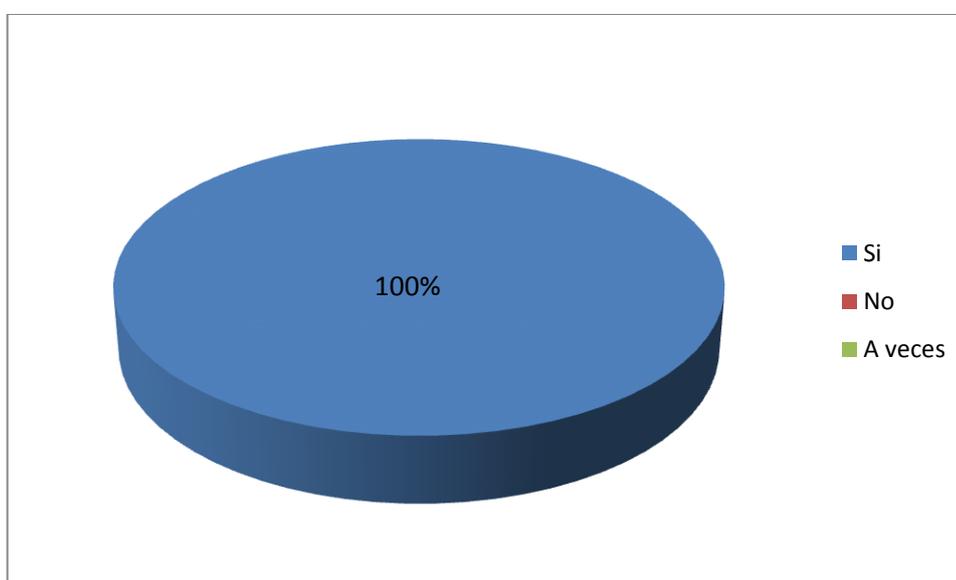
La salud de los adultos mayores se ha complicado debido a la depresión

4) ¿Cuándo están con depresión presentan deteriorada autoestima?

Cuadro # 4

Respuesta	#	%
Si	60	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	60	100

Grafico # 4



Análisis

De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los adultos mayores con depresión presentan deteriorada autoestima

Interpretación

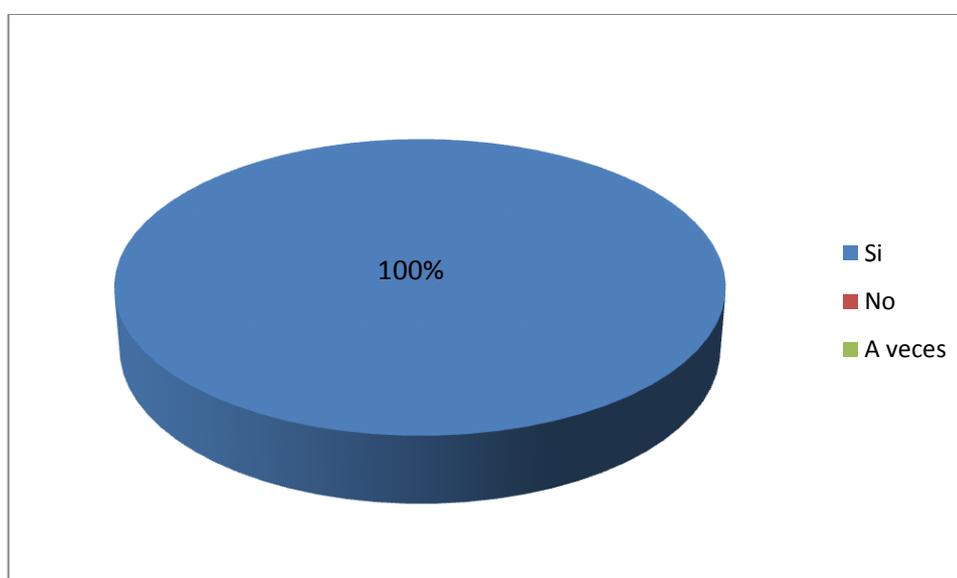
Los adultos mayores con depresión presentan deteriorada autoestima

5) ¿Cuándo están con depresión presentan irritabilidad?

Cuadro # 5

Respuesta	#	%
Si	60	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	60	100

Grafico # 5



Análisis

De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los adultos mayores con depresión presentan irritabilidad

Interpretación

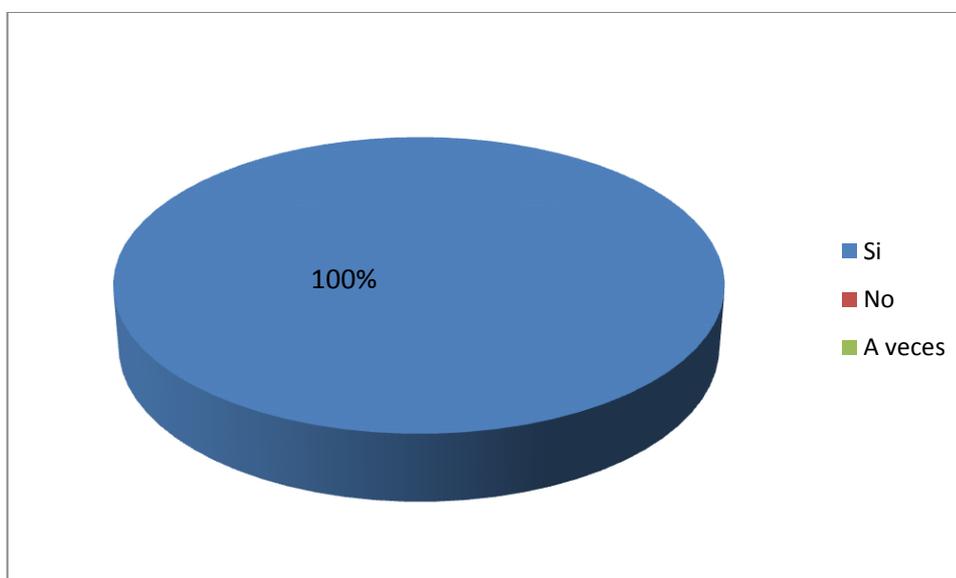
Los adultos mayores con depresión presentan irritabilidad

6) ¿Cuándo están con depresión presentan conductas rebeldes?

Cuadro # 6

Respuesta	#	%
Si	60	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	60	100

Grafico # 6



Análisis

De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los adultos mayores con depresión presentan conductas rebeldes.

Interpretación

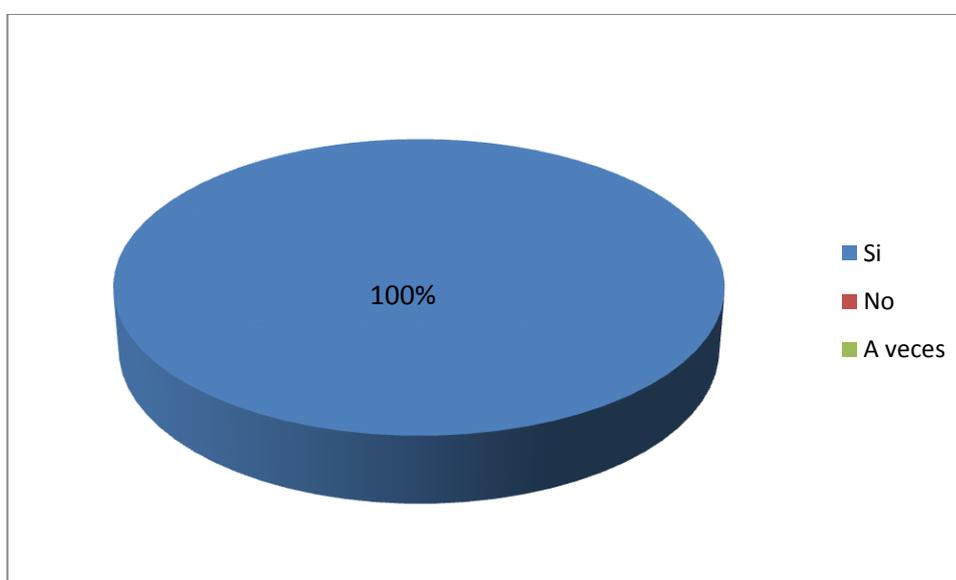
Los adultos mayores con depresión presentan conductas rebeldes.

7) ¿Cuándo están con depresión presentan intolerancia?

Cuadro # 7

Respuesta	#	%
Si	60	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	60	100

Grafico # 7



Análisis

De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los adultos mayores con depresión presentan intolerancia

Interpretación

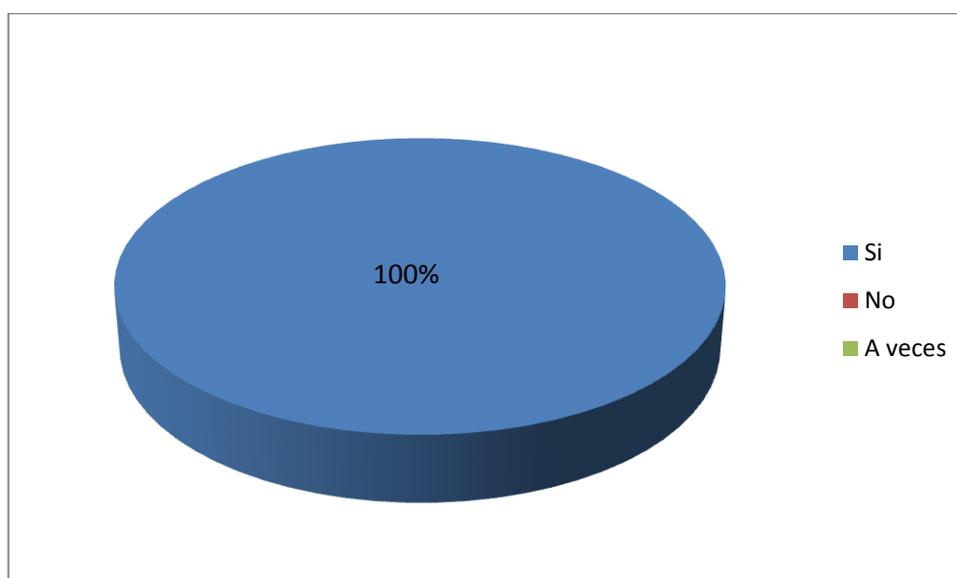
Los adultos mayores con depresión presentan intolerancia

8) ¿Cuándo están con depresión presentan indefensión para enfrentarse a obstáculos?

Cuadro # 8

Respuesta	#	%
Si	60	100
No	0	0
A veces	0	0
Total	60	100

Grafico # 8



Análisis

De la investigación realizada, el cien por ciento manifiesta que los adultos mayores con depresión presentan indefensión para enfrentarse a obstáculos

Interpretación

Los adultos mayores con depresión presentan indefensión para enfrentarse a obstáculos.

CAPÍTULO V

5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Muchos de los problemas de la vejez pueden ser aliviados con cuidados competentes. Conocer y valorar la unicidad de cada adulto mayor, sus experiencias en el pasado y en el presente y cómo éstas forman su realidad, puede contribuir mucho más a una vejez sana y al bienestar emocional.
- Apoyar las fortalezas y sabidurías de los adultos mayores y restaurar la confianza en ellos mismos, así como los sentidos de valor; ambos componentes muy importantes en la salud mental. Realmente debemos escuchar a los adultos mayores y ofrecerles el apoyo que requieran.
- Como profesionales de la salud, nuestro trabajo se debe enfocar en el desarrollo y la promoción de ambientes de cuidado, que aumenten y propicien su buen funcionamiento físico y emocional; debemos construir y favorecer las condiciones para la esperanza y apoyar a los adultos mayores en su difícil jornada de la vida.

5.2 Recomendaciones

- Las autoridades del centro Gerontológico Quevedo deben detectar a tiempo los casos de depresión que se presentan en los adultos mayores.
- Además se debe realizar programas específicos para tratar a los adultos mayores que presentan depresión.
- Darle continuidad a este estudio para saber la incidencia que tiene la depresión en los adultos mayores.
- Dar a conocer los resultados del estudio para que se evalúen los pacientes de forma integral y la depresión no llegue aun cuadro clínico mas profundo.

5.3 La Propuesta

5.3.1 Título de la propuesta

Creación de un espacio recreativo con equipamiento en beneficio de los adultos mayores.

5.3.2 Objetivos

5.3.2.1 Objetivo General

- Mejorar la salud de los adultos mayores del Centro Gerontológico de Quevedo.

5.3.2.2 Objetivo Especifico

- Elevar su autoestima realizando diferentes actividades y así el adulto mayor se pueda sentir útil y no desplazado.
- Fortalecer el estado emocional acorde a las necesidades existentes.
- Diseñar las estrategias motivacionales con el fin de fortalecer su calidad de vida.

CAPÍTULO VI

6.- MARCO ADMINISTRATIVO

6.1 Recursos

Humanos

Se utilizaron dos personas para realizar las encuestas.

Una persona para realizar los trabajos de tabulación

Un Director de tesis

Un Lector de tesis

Materiales

Un computador

Una oficina

Material Logístico

6.2 Presupuesto

CONCEPTO	VALOR UNIT	VALOR / SUBTOT
Una persona para realizar las encuestas y la tabulación	\$10 C/DIA	\$ 100.00
Un Director de Tesis		
Un Lector de Tesis	.	
Un computador	\$ 1 c/hora	\$ 50.00
Viáticos y subsistencia	\$ 5 c/día	\$ 100.00
Material Logístico	\$ 50	\$ 100.00
Elaboración de 40 encuestas	0.03 c/una	\$1,20
Elaboración de la tesis		\$ 100.00
TOTAL		\$ 451,20

6.3 Cronograma de trabajo

TIEMPO ACTIVIDADES	2 0 1 2																			
	A B R				M A Y				J U N				J U L				A G O S			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Enunciado de Problema y Tema	X																			
Formulación del Problema		X	X																	
Planteamiento del Problema				X	X															
Formulación de Objetivos						X	X													
Marco teórico de la Investigación								X	X											
Hipótesis										X	X	X								
Variables y Operacionalización												X								
Metodología, Nivel y Tipo													X	X						
Aplicación de Encuestas															X					
Análisis de Resultados																X				
Conclusiones, Recomendaciones y Propuesta																	X			
Revisión Final del Tutor																		X		
Revisión Final del Lector																			X	
Sustentación Previa																				X
Sustentación Final																				X

CAPÍTULO VII

7. Bibliografía y Anexos

7.1 Bibliografía

- (http://www.depresion.psicomag.com/terapia_naturista.php)
- (http://www.depresion.psicomag.com/terapia_conductual.php)
- http://sesver.ssaver.gob.mx/portal/page?_pageid=933,11014671&_dad=portal&_schema=PORTAL
- ARIETI, Silvano. (2001). Psicoterapia de la depresión. Buenos Aires, Ed. Paídos. la pp. 73-121, 218-221.
- BACOT, S. Guma. (2001). "Modelo combinado de terapia conductual para depresión con enfoque conductual y marital". Revista de psicología general y aplicada. Vol. 44,1. pp. 63-73.
- BOWER, Gordon, H. (2006). Teorías del aprendizaje. México, Ed. Trillas. pp.355-359
- BRETON, Sue. (2008). La depresión. México, ED. Planeta. pp. 8-40, 90-95.
- CALDERÓN, N. Guillermo. (2008). Depresión, sufrimiento y liberación. México, ED. EDAMEX. pp. 10-23, 36-41, 48-61, 74-89.
- CUELI, J. et al. (2010). Teorías de la personalidad. México, Ed. Trillas. pp.217-221.
- GASTO, C. (2003). Depresiones crónicas. España, Ed. Doyma. pp. 5-9.
- HARRISON, R. P. (2004). "Terapia cognitiva de la depresión: una introducción a desarrollo histórico. Los conceptos y procedimientos fundamentales de la alternativa terapéutica de Beck". Revista de psicología general y aplicada. Vol. 39,4. pp. 632-644.
- <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>

ANEXOS

5) ¿Los adultos mayores con depresión presentan irritabilidad?

Si

No

A veces

6) ¿Los adultos con depresión presentan conductas rebeldes?

Si

No

A veces

7) ¿Los adultos mayores con depresión presentan intolerancia?

Si

No

A veces

8) ¿Los adultos mayores con depresión presentan indefensión para enfrentarse a obstáculos?

Si

No

A veces







