

2010

La depresión en la ancianidad : los factores que inciden en la aparición de depresión en ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino

Gimenez, Francisca Nieves

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/266>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Terapia Ocupacional

“La Depresión en la Ancianidad” “Los factores que inciden en la aparición de Depresión en ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino”

Universidad Nacional de Mar del Plata

***Tesis presentada en la Facultad de
Ciencias de la Salud y Servicio Social
para optar a la
Licenciatura en Terapia Ocupacional***

***por
Francisca Nieves GIMENEZ
Mar del Plata Buenos Aires Argentina
Año 2010***



DIRECTORA

T.O. Graciela Calderone

CO-DIRECTORA

T.O. Mabel Teruggi

ASESOR CIENTIFICO

**Dr. Jacinto Invierno
Doctor en Medicina**

ALUMNA

**Francisca Nieves Giménez
D.N.I. F 5.459.698**

A la memoria de mi padre

A mi madre y a Jacinto

Agradezco a mis directoras y asesores que con su experiencia, idoneidad y paciencia me orientaron en la ejecución de este trabajo

Desde el afecto, a mis compañeras de la carrera, por tantas horas y sueños compartidos,

A los inolvidables ancianos que de una manera u otra colaboraron acompañándome, en su momento durante ocho meses , en esta positiva experiencia

*Depresión es hija de **Letargo y Desesperanza.***

***Nació cansada.** Siempre ha tenido hermosos sueños*

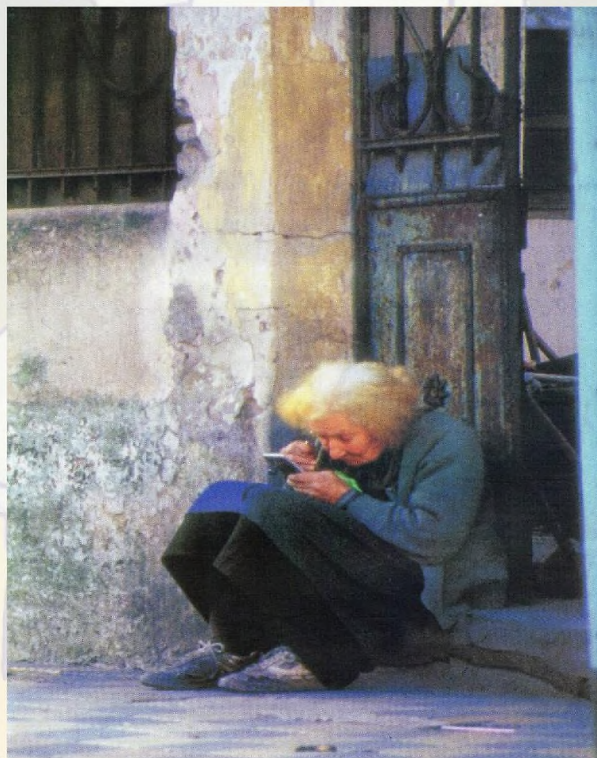
*.....A medida que crecía **dejó de creer en ellos***

Depresión se sienta a la mesa mirando por la

*Ventana **como si no hubiese salida.***

Se asegura que nadie se acerque demasiado

Luego se preocupa de



Sentirse sola....."

Ruth Gendler

INDICE GENERAL

<i>Portada</i>	<i>I</i>
<i>Dirección</i>	<i>II</i>
<i>Dedicatorias</i>	<i>III</i>
<i>Agradecimientos</i>	<i>IV</i>

	Pagina
<i>Capitulo I – INTRODUCCIÓN Problema y Objetivo General del estudio.</i>	<i>1</i>
<i>Capitulo II- ESTADO ACTUAL</i>	<i>11</i>
<i>Capitulo III –ASPECTOS DEL MARCO TEORICO</i>	<i>34</i>
<i>III.1 Institucionalización y Vejez</i>	
<i>III.2 Instituto Geriátrico Suizo-Argentino</i>	<i>37</i>
<i>.Características generales y propias del lugar.</i>	
<i>III.2.1 Terapia Ocupacional en el” Instituto Geriátrico Suizo Argentino”</i>	<i>39</i>
<i>III 2.2 .Descripción de algunos talleres implementados</i>	<i>43</i>
<i>en la experiencia de campo, .fotos de la producción en talleres .</i>	
<i>III 3 .Descripción de la enfermedad.</i>	<i>65</i>
<i>III.3.1 Definición del término Depresión</i>	
<i>III.3.2 Clasificación de acuerdo al DSM IV-Epidemiología y</i>	<i>66</i>
<i>Estadística.</i>	
<i>III.3.3 Como hacer un diagnostico dificil en depresión geriátrica</i>	<i>74</i>
<i>III.3.4 Diagnostico diferencial entre depresión y demencia</i>	<i>77</i>
<i>III.3.5 Trastornos del ánimo.</i>	<i>80</i>
<i>III.3, 6 Soledad, aislamiento y depresión geriátrica</i>	<i>83</i>
<i>III.3.7 Prevención de la depresión</i>	<i>86</i>

<i>Capítulo IV-ASPECTOS METODOLOGICOS</i>	<i>91</i>
<i>IV.1 Tema</i>	
<i>IV. 2 Formulación del problema y objetivos.</i>	
<i>IV. 3. Tipo de estudio y diseño de investigación</i>	<i>92</i>
<i>IV.4 Área de estudio, población y muestra.</i>	
<i>IV.5 Variables y su dimensionamiento</i>	<i>93</i>
<i>IV.6 Métodos y procedimientos de recolección de datos</i>	<i>100</i>
<i>IV.7 Presentación de la Muestra y Análisis</i>	<i>103</i>
<i>e interpretación de los resultados.</i>	
<i>IV.8 Descripción cualitativa del comportamiento</i>	<i>119</i>
<i>de los ancianos durante la experiencia de campo.</i>	
<i>IV. 9 Interpretación y Conclusiones Generales.</i>	<i>123</i>
<i>Capítulo V- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA Y CITADA</i>	<i>130</i>
<i>Capítulo VI ANEXO I</i>	<i>137</i>
<i>VI.1 Instrumento: Escala de Depresión Geriátrica (GDS)</i>	
<i>Capítulo VII ANEXO II</i>	<i>144</i>
<i>VII.1 Cartas-Notas-</i>	

INTRODUCCIÓN

Capítulo I

INTRODUCCION, Problema y Objetivo general del estudio

*En el tiempo transcurrido desde la práctica clínica, y como experiencia de campo se observó, que entre los ancianos internados se percibían cambios en sus estados de ánimo, y por tal motivo se decidió constatar si dichos cambios estaban relacionados con **la depresión**, enfermedad psiquiátrica que es frecuente en la tercera edad, incrementándose más, en los ancianos institucionalizados.*

Su prevalencia es cada vez mayor a medida que transcurren los años, porque cada vez hay más gente añosa. Según las estadísticas mundiales, el promedio de sobrevivencia cada vez es más alto, con la consecuente problemática sociocultural que representa. Sus valores oscilan entre el 3 y 4 % de la población general y entre los enfermos generales del 1 al 20 % (Vallejo, Ruiloba 1983)

*Según la organización Mundial de la salud (OMS) en el año 2020 **la depresión** será la principal causa de discapacidad en el mundo y solo superada por las enfermedades cardiovasculares (Glez, 2006).*

Los cambios hacia los estados de ánimo negativos en los ancianos residentes, se pueden manifestar y observar a través de actitudes, conductas, posturas que reflejan e indican falta de interés, descontento, preocupación, pena, aflicción y estados de ansiedad. Los rostros de los ancianos expresan miradas distantes, perdidas, estado general de tristeza, ausencia de sonrisas y comunicación.

En la vejez con la manifestación de estas conductas y actitudes negativas decae el ánimo y el anciano no colabora, no acepta alimentarse no accede a su medicación. . Se aísla de sus pares y de su entorno, permaneciendo en su habitación, recluso, inactivo, irritable, desinteresado, solitario, y puede presentar angustia y pensamientos con ideas suicidas.

En su lenguaje el “no” es habitual, y si dialoga, su relato es pesimista, hace quejas permanentes referidas a sufrimientos de su cuerpo y mente. Hay agresividad que puede manifestarse verbal y corporalmente. Su aspecto general y físico es de abandono.

*Según la bibliografía consultada, respecto a los cambios en los estados anímicos refiere: que van desde **placer hacia lo positivo y displacer hacia lo negativo**. (Betta, 1969).Respecto a la última etapa en el anciano hay autores que reseñan que la enfermedad depresiva aparece encubierta por otras dolencias y se confunde entonces con el proceso de vejez. Algunos autores refieren que:*

“Resulta difícil diferenciar los cambios que produce el envejecimiento biológico y normal de la sintomatología de algunas enfermedades mentales como son la depresión geriátrica ó síndrome depresivo ,porque los cambios son sutiles y a veces se encuentran enmascarados ó encubiertos por la sintomatología orgánica en forma de “quejas” (Salvarezza ,1989.) (Gallo Wagner ,2001) (Campos, J.A., Ardanaz, Navarro G. 2002).

.El envejecimiento es un proceso natural y puede dejar rastros psíquicos y físicos que hacen al viejo más sensible, vulnerable y susceptible a enfermedades psicoorgánicas que acompañan esta etapa.

.Físicamente el geronte sufre el deterioro de su musculatura y huesos, con un enlentecimiento funcional que ya no le permite estar rápido, capaz y atento como antes, representando una dificultad más en sus relaciones psicosociales. Esta falta de autovalimiento hace declinar su independencia psicofísica.

Desde el punto de vista neurológico en el proceso de envejecimiento físico también se producen cambios en el cerebro añoso, hay declinación y deterioro de las funciones cerebrales intelectuales superiores como memoria, concentración, atención, juicio, razonamiento, etc. que dependen de los sistemas regulados por los neurotransmisores cerebrales, así como alteraciones estructurales de la sustancia blanca por donde transitan los axones y cilindroejes que interconectan, y donde efectúan, los neurotransmisores su acción en los receptores de las sinapsis . (Taragano y, Lyketsos, 1998)

*.En los ancianos institucionalizados la depresión, puede aparecer como un efecto individual y desde una diversidad de **factores** que inciden directa ó indirectamente sobre la misma. Estos **factores** pueden ser: Edad, sexo, estado civil, (viudez) las pérdidas afectivas, ingresos económicos, religión, educación (deterioro cognitivo), antecedentes hereditarios, autoestima, alcoholismo y/ó drogadicción, la propia institucionalización, la convivencia familiar, el aislamiento y la soledad.*

Cada uno de estos **factores** puede, influir en distinto grado y dependiendo de las características personales de cada anciano. (Gastrón, M. 1993, Menéndez, B. 2001, Miranda, C. 1995, Sabanés, F. 1990, Moragués, A. 1994).

Con respecto a la edad cronológica y en los trabajos que se consultaron, a medida que transcurren los años, otros autores refieren que el viejo es más propenso al estado depresivo. (Flaherty, G. 1995, Gurland, B. 1983, Sabanés, F. 1983,).

Dentro de la población que se seleccionó y se propuso para el estudio en dicho lugar, hubo mayor cantidad de mujeres. El sexo femenino tiene según las estadísticas generales mayor probabilidad de padecer esta enfermedad (factores hormonales, socioculturales y menor resistencia inmunológica).

Los problemas emocionales afectivos, los sentimientos de soledad, dan cuenta del verdadero estado de una persona a quién le faltan los contactos ó vínculos sociales estables. (Gastrón, M. 1993.). El estado matrimonial se considera importante en el anciano porque cuando aparece la enfermedad depresiva y ha enviudado y está solo favorece la incidencia de este factor asociado a la pérdida sufrida, uno de los objetos de amor. . (Gastrón, M. 1993.)

Los adultos mayores sufren las transformaciones sociales que hoy le imponen, como son la creciente fragilidad en los vínculos familiares,

diversos matrimonios, uniones no formales, maternidad en soledad, con padres y familia ausente, numerosos hijos con otros abuelos diferentes etc.

La pérdida de sus seres queridos como su cónyuge ó compañero de toda su vida, un hijo, algún hermano, pariente o amigo íntimo le produce sentimientos de soledad y abandono .Esta suma de pérdidas representan una probabilidad altamente significativa para la instalación de la depresión.

*.Con respecto al **factor** económico el adulto mayor de 65 años se retira de su vida productiva y se jubila. y en nuestro país se considera un gasto social, que representa al estado una erogación económica en salud.*

Al anciano internado este sistema de salud le cobra un importante porcentaje de su haber jubilatorio para cubrir los gastos de su atención en una institución estatal ó privada .Parte de ese haber se utiliza para la adquisición de insumos para el anciano y es manejado por su familia.

Culturalmente el viejo ya no le es útil a la sociedad, se le restan valores, roles, capacidades y destrezas. No puede aplicar su sabiduría y la experiencia de sus vivencias, en un mundo nuevo que desvaloriza las cualidades positivas de la ancianidad.

Socialmente se encuentra marginado y la familia moderna se puede ver aliviada cuando lo entrega a una institución y cambia el rol de protección.

Cuando el anciano es internado sufre una adaptación exigida física y mental. Hay un cambio de ambiente que le provoca modificaciones en su estilo de vida. Dicha experiencia nueva la vive y sufre con aislamiento, soledad física y mental, sin participación de la realidad externa, pierde así sus pertenencias materiales, el rol social y familiar, (sus objetos de amor),

la convivencia con la familia, todo lo que significa y conforma su identidad y además de la pérdida de su cuerpo que era joven. Estas pérdidas conforman los duelos típicos del envejecimiento. .

Con la internación geriátrica comienza una vida diferente. Alternarán .con otras personas como empleados, enfermeros, profesionales de la institución que entran ahora en su intimidad, en su nueva vida que ahora es pública, ya no tiene privacidad porque la pierde en forma total. “Pasa de un yo individual a un yo colectivo”. (Miranda, C. 1996.) Dentro de la institución puede registrar interrupciones que actúan negativamente como son nuevas reclusiones al sufrir una internación hospitalaria.

Objetivo General de la investigación

Mientras se realizó esta experiencia de campo, la observación en la variabilidad de los estados de ánimo, más el interés de esta investigación, motivaron el formularse las preguntas que formaron el objetivo de este estudio, que consistió en saber qué factores podían influir en los ancianos de este lugar, que condicionaban y modificaban sus estados de ánimo ó del humor y que pudieran conducir hacia el síndrome depresivo ó la enfermedad Depresión.

ESTADO ACTUAL

CAPITULO II. ESTADO ACTUAL

*Riquelme Marín, Antonio” **Apoyo Social, autoeficacia y depresión**”, Un análisis de los efectos de la autoeficacia y el apoyo social en ancianos institucionalizados” Universidad de Murcia (España) 1993*

Este trabajo fue realizado en el departamento de Metodología y Análisis del comportamiento programa de Doctorado de Psicología Básica y de la Salud. Su objetivo general consistió en analizar los factores implicados en la elevada tasa de trastornos depresivos en ancianos institucionalizados .La edad de los ancianos fue de 65 años ó más, residentes de Murcia. Se realizó una comparación entre ancianos que vivían en la comunidad y los que se encontraban en instituciones geriátricas. La muestra estaba conformada por 303 entrevistas domiciliarias y 112 en residencias.

Los resultados indican que la percepción de apoyo social y las expectativas de autoeficacia son las variables que mejor discriminan ambos grupos, dejando de ser significativas las diferencias en depresión al controlar estadísticamente dichas variables. Asimismo, se ha encontrado un efecto significativo de la interacción entre apoyo social percibido y expectativas de autoeficacia respecto a la depresión en ancianos.

Mantilla Mora, Rosa (Terapista Ocupacional) **“La depresión en el anciano”**. www.portal.de.terapiaocupacional.es del año 2001 (España) Continuando con la búsqueda bibliográfica, se encontró éste trabajo, y se describe por la importancia de la intervención de Terapia Ocupacional en esta enfermedad.

Refiere la autora que, los terapeutas ocupacionales tienen que familiarizarse con la depresión en el ambiente geriátrico, donde se puede encontrar mayor número de ancianos internados y que la padecen en forma encubierta. Hay que revitalizar con un enfoque global que no desprecie ningún rol del paciente mayor que tiene esta perturbación en su ánimo. Es un estudio teórico y descriptivo.

En la introducción describe la enfermedad desde la psiquiatría y propone su postura desde terapia ocupacional. La autora evalúa las áreas del desempeño (performance ocupacional) del adulto mayor centrándose en las actividades de la vida diaria. Propone la evaluación en Terapia Ocupacional con objetivos y efectuar un examen de discapacidad. Las actividades de la vida diaria (AVD) abarcan 5 categorías principales Movilidad, Cuidados personales, Manejo del Hogar, recreo y trabajo. Se evalúan dos dimensiones: Destreza y hábitos.

La destreza que comprende la evaluación de las habilidades o sea los que los pacientes ancianos son capaces de hacer en grados de independencia, seguridad y corrección que el paciente utiliza para completar una tarea. (La que es capaz de hacer).

Hábitos es una segunda dimensión del desempeño de actividades que se evalúan y se refiere a las tareas rutinarias del anciano, su frecuencia con que el mismo (tiempo) que utiliza para hacer actividades. Además se describe el estado funcional para informar si el anciano respecto a las Actividades de la vida diaria

(AVD) puede desempeñarse en forma dependiente o independiente .Realiza un análisis del control de los efectos del tratamiento en la modalidad psiquiátrica

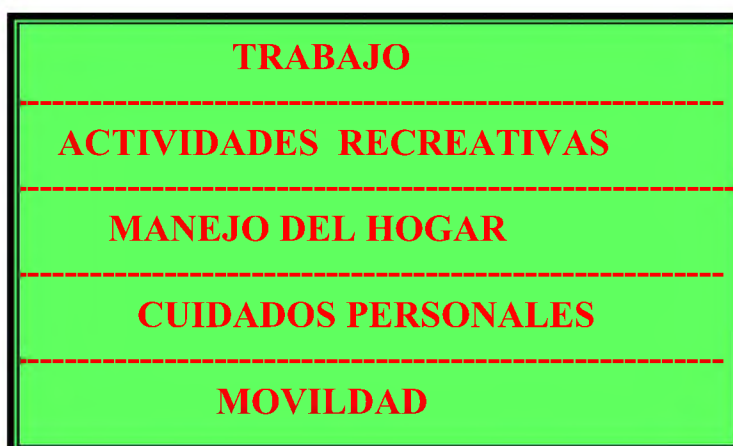
En el caso de la depresión, se evalúa si a medida que mejora el cuadro clínico, cuida mejor su aspecto personal y se socializa mejor.”Los terapeutas ocupacionales en geriatría deben estar preparados para evaluar y tratar las disfunciones en el desempeño de las actividades por deterioros cognitivos y afectivos ó del ánimo”.

La autora aporta datos para la planificación de una intervención desde Terapia Ocupacional.

Además de determinar el nivel de independencia para desempeñar las actividades, se deberá considerar el nivel potencial del paciente para recuperar el estado funcional y el medio por el cual se puede lograr estos cambios. ,de este modo se determina si el paciente es capaz de cambiar de un estado dependiente ó semidependiente a una máxima independencia dentro de sus posibilidades en sus actividades de la vida diaria (AVD).

El enfoque que debe utilizar el Terapeuta Ocupacional debe ser biopsicosocial.

Las 5 categorías de las actividades de la vida diaria (AVD) forman una Jerarquía:



En Geriatría, Terapia Ocupacional se concreta en el desempeño de las tareas, ejecución hábil de las actividades de movilidad, cuidado personal, manejo del hogar recreo y trabajo.

Respecto a las Actividades Recreativas el Terapeuta ocupacional debe conocer los gustos e intereses, las destrezas y la participación del anciano, en las mismas.

La participación activa y recreativa en la vejez es el vehículo para mantener la agudeza física, mental y social. Se pueden graduar dependiendo de las demandas en: motoras, cognitivas y emocionales El paciente debe tener capacidad para organizarse en el día para integrar las tareas a los hábitos y mantener un estilo de vida eficaz. Los pacientes ancianos con depresión pueden mostrar destrezas para realizar las tareas del hogar pero no pueden planificar ni cumplir un esquema de vida organizado Hay dificultad en los hábitos. Se utiliza la observación en los hábitos como método para evaluarlos. Se tiene en cuenta así el grado de ansiedad del anciano, agitación psicomotora, retraso psicomotor, temblor, somnolencia, impulsividad, síntomas somáticos, alucinaciones ó delirios. Se utiliza una entrevista mas la presencia de algún familiar responsable:, se obtiene el diagnóstico funcional para proceder a la intervención de Terapia Ocupacional que se centrará y enfocara, en las destrezas, donde los ancianos presenten deterioro por la enfermedad, por el envejecimiento, ó por los factores ambientales

El entrenamiento de una actividad en un paciente con depresión podría empezar con una actividad grupal de corta duración, evitando que el paciente elija la tarea para no aumentar su nivel de ansiedad, y con una finalización rápida para subir su autoestima y asegurarnos la continuidad del paciente en el tratamiento,

aumentando progresivamente y de acuerdo a su interés tiempo para mayor resistencia y elección de cómo hacer.

Respecto a la intervención basada en los hábitos los déficits ocurren cuando las tareas de la vida diaria están desorganizadas, desequilibradas, inapropiadas (Ej. Higiene) La adquisición de hábitos es más difícil que las destrezas .El entrenamiento en los hábitos tiene 4 etapas

- I. Mantenimiento en la movilidad*
- II. Mantenimiento de las rutinas de cuidados personales*
- III. Participación en una actividad significativa*
- IV. Reconstrucción de los hábitos relevantes para la situación vital.*

En la participación en las actividades Significativas se debe tener en cuenta que las tareas deben ser limitadas y en un tiempo determinado compatibles con las destrezas de anciano y sus intereses .Luego se van agregando actividades de mayor complejidad con la supervisión de Terapia Ocupacional conjuntamente con el anciano evaluando objetivos cantidad y calidad de trabajo y puntos subjetivos como percepción y sentimientos .Los pacientes adquieren mayor responsabilidad en los aspectos de planificación ,organización , manejo del tiempo que va a permitir las tareas recreativas y manejo de acontecimientos imprevistos.

Se trata de aportar al anciano institucionalizado con perturbaciones anímicas un entorno seguro y cómodo donde pueda llevar a cabo una vida agradable.

*Dr.López Trigo, José Antonio, **“La Depresión en el paciente anciano** Centro Municipal Tercera Edad Área de Bienestar social Ayuntamiento de Málaga España 2001. Resumen*

La depresión se considera un síndrome geriátrico que produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad (directamente e indirectamente por comorbilidad con otras enfermedades) en la población geriátrica .Altera la calidad de vida del que la sufre y es además un problema social y de salud pública .La prevalencia varía según el medio en el que estudiamos y según los instrumentos que utilizamos. .Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina aportan seguridad y eficacia y reducción de efectos adversos.; siendo el grupo de elección en el tratamiento en el anciano.

Los trastornos del estado de ánimo y depresión tienen una elevada prevalencia .Los estudios epidemiológicos sobre prevalencia de las diferentes alteraciones depresivas varían según el instrumento diagnóstico utilizado sea la entrevista ó la aplicación de escalas y según el grupo poblacional al que se estudie ya sea ancianos en comunidad, institucionalizados en residencias ú hospitalizados. Se analizan estudios instrumentos estructurados y administrados que suelen arrojar prevalencia menor que estudios que usan instrumentos dimensionales de screening como la Geriatric Depression Scale (GDS) Los estudios de los ancianos en la comunidad arrojan una prevalencia del 20%, aunque los resultados presenten una cierta variabilidad. Con respecto a la prevalencia en población de residencias es muy elevada pero existe una gran dispersión de datos debido en parte a la heterogeneidad de los centros .Así se pueden encontrar estudios en los que la prevalencia se sitúa en el 14% y estudios en los cuales se alcanza el 70%.La prevalencia en los ancianos hospitalizados esta alrededor del 10 al 20%.

*En las tablas de este estudio se incluyen **factores** de riesgo de varios tipos para padecer depresión. Las personas deprimidas de edad avanzada tienen más probabilidades de presentar sintomatología psicótica, Los ancianos pueden presentar síntomas melancólicos como pérdida de placer en todas o casi todas las*

Francisca Nieves GIMENEZ Tesis para optar a la Licenciatura en Terapia Ocupacional 16

cosas ,falta de reacción a estímulos placenteros empeoramiento matutino del humor deprimido, despertar precoz ,alteraciones psicomotrices ,anorexia, pérdida de peso, sentimientos de culpa excesivos ó inapropiados.

Respecto al suicidio en la edad avanzada su número es desproporcionadamente alto con respecto a otras edades. Aunque la vejez y la muerte son fenómenos cercanos en el tiempo la decisión de terminar libremente con su vida precisa de la influencia de **factores** psicopatológicos ó de una situación desfavorable de tipo somático, familiar ó social.

Existen evidencias de modificaciones neurobiológicas en personas que atentan contra su vida, se detectan alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica. El riesgo se sitúa entre el 15 y 20% .Se puede recurrir al empleo de tests de detección de depresión como instrumentos de valoración útil. En este estudio se exponen algunas consideraciones sobre los test y escalas más usadas que resultan de fácil aplicabilidad en cualquier medio: (atención primaria, residencias etc.)

La Escala de depresión geriátrica de Yesavage que es la más usada en pacientes mayores con depresión. Otras son las escalas de Goldberg, Hamilton, Zung, etc. La clave de tratamiento consiste en la identificación e intervención precoz .Su abordaje terapéutico consiste en disponer técnicas de psicoterapia psicosociales, fármacos antidepresivos y electroterapia convulsiva.

Campos, J. Ardanaz, J. Navarro, B Hospital de Saint Gervasi Fundación Socio Sanitarias de Barcelona y laboratorio de Bioestadística e de epidemiología Falcutat de Medicina (España 2002).

“Depresión en pacientes de edad avanzada. Dos ámbitos, un centro socio sanitario y un programa de apoyo ó soporte domiciliario” (2002)

Como fundamento y objetivos en este trabajo ha sido cuantificar la presencia de manifestaciones de depresión y evaluar los **factores** asociados a esta enfermedad en dos ámbitos, un grupo de pacientes de edad avanzada ingresados en un centro socio sanitario y otro grupo atendido por un programa de soporte domiciliario .Este es un estudio observacional con corte transversal y en cada paciente se registró la presencia de depresión utilizando la escala de Depression Geriatric Scale (GDS) función física ,nivel cognitivo, co/ morbilidad y diversas variables sociodemográficas.

Como resultados la presencia de sintomatología de depresión, sumando la moderada y la grave alcanzó el 60,3 % entre los institucionalizados y los 77,5% atendidos en su domicilio. Para los primeros el deterioro cognitivo, la dependencia funcional y co/ morbilidad, escolaridad, se asociaron a la presencia de manifestaciones de depresión. Entre los pacientes controlados por el programa de atención domiciliaria con equipo de soporte el único **factor** asociado fue el deterioro cognitivo y sus conclusiones fueron: que los resultados observados entre pacientes institucionalizados se ajustan a los de otros estudios comparables a los pacientes atendidos a domicilio.

La muestra fue de 103 pacientes y la escala se realizo por medio de entrevista a los ancianos por personal de enfermería, 63% de mujeres y una media de edad de 79 años, de las cuales 17% no tenia estudios y el 72% los tenia elementales, el 38% era atendido a domicilio por equipos de soporte y el 61% estaba ingresado en un centro. Respecto a los resultados de los institucionalizados el mayor porcentaje correspondió a los ingresados en unidad de agudos y subagudos, el 68% eran mujeres y la edad se situó en 79,5 años.

Este estudio considero como conclusiones que las dos poblaciones estudiadas fueron distintas a los resultados obtenidos y según los **factores** que intervinieron en el lugar; que deberían estudiarse cada una de ellas en forma independiente no comparándolas porque hay una gran heterogeneidad entre las mismas y se sugirió el interés de corroborarlas en nuevas investigaciones destinadas a comparar el comportamiento de la depresión en los dos ámbitos.

Dres. Serrano, Moragués, A. y Roca Arbos “**Valoración del estado anímico en la tercera Edad**” Centro de salud Mislata, Valencia (España 2003)

Trabajo encontrado en la revista Geriátrika (Vol. 9 441.94) relacionado con el tema que nos ocupa Para ampliar y orientar el estudio de esta enfermedad se solicitó el mismo a la biblioteca del centro Medico en esta ciudad, el mismo fue proporcionado por la Biblioteca de la Asociación médica Argentina de Buenos Aires (2003) y **orientó la metodología a seguir en esta investigación**. Su resumen publicado es el siguiente:

Como introducción se refiere que la última etapa de la vida de los ciudadanos que se denomina tercera edad se caracteriza por una serie de comportamientos específicos entre los que es de destacar el estado anímico de los ancianos. Se realizó un trabajo para detectar una serie de **factores** que incidan sobre el **estado anímico** de la gente mayor y determinen a su vez el **estado depresivo** de los mismos. Se efectuó un estudio preliminar del estado anímico de una muestra de gente mayor (200 representantes de la tercera edad) de un área urbana con un nivel sociocultural y económico medio bajo y se utilizó como base de trabajo la escala de depresión geriátrica (Geriatric Depression Scale) (GDS) de Yesavage .Las encuestas realizadas permitieron concluir claramente el estereotipo

no depresivo habiéndose detectado como factores de mayor influencia sobre el binomio depresión no depresión, la edad , el ocio, empleo del tiempo libre, y la situación familiar entre otros

.Respecto a la metodología el estudio de campo se llevó a cabo en un medio urbano sobre una muestra al azar y se efectuó sobre 200 ciudadanos no institucionalizados con edades comprendidas entre los 65 y 85 años a los que se encuestó de acuerdo con el sistema GDS Scala Yesavage.

El baremo individual se utilizó para analizar el factor sociocultural, económico sanitario como variables independientes tales como la edad, ocio, situación familiar, laboral, económica etc.

Los resultados se observaron con datos estadísticos que expresaron resultados porcentuales de incidencia de depresión por cada una de las variables mencionadas.

*Según las conclusiones, con los resultados obtenidos en el estudio de campo se demostró la incidencia de los **factores** citados. Desde el punto de vista de la **atención primaria** se consideró primordial que el anciano permanezca en su hogar ó domicilio con óptimas condiciones de bienestar y seguridad y así se valorará que el anciano esté en perfectas condiciones físicas y psíquicas.*

*Calvo Aguirre, Juanjo .Medico Geriatra “**Depresión en la vejez**” Residencia “Zorroaga” Donostia San Sebastian España 2004*

Como introducción el autor refiere que el anciano institucionalizado es más vulnerable y más proclive a padecer depresión. La rutina y la prevalencia de enfermedades que acompañan son más altas. Monotonía, aburrimiento, desencadenan depresión, problemas en el sueño, asociado a las normas del centro, falta de interés y concentración en las actividades ,falta de comunicación social y el

*medio ambiente impersonal favorece la pérdida de la autoestima ,hay calidad de vida inferior, medicaciones, un comportamiento social y pobre del anciano . Los ancianos que mantienen un buen estado de humor ó ánimo, válidos por sí mismos no presentan sintomatología depresiva. Los **factores** favorecedores para esto son: mayor cantidad de trabajadores al servicio del anciano, adecuado, servicio sanitario, asistencia eficaz para actividades de la vida diaria, sociales y culturales de la residencia .Constituyen un mecanismo **preventivo** para la enfermedad depresión.*

*Otros aspectos positivos que se pueden desarrollar en el medio residencial y que **previenen** la depresión es la información al residente de la política sanitaria del centro, favorecer la mejora de las relaciones interpersonales y favorecer todo aquello que mejore la calidad de vida del anciano institucionalizado.*

Tratamiento

*La depresión en la vejez obedece a múltiples **causas** y tiene en la mayoría de los casos una **etiología multifactorial**. En el tratamiento orientado a conseguir una mejoría del **estado de ánimo** del individuo deben intervenir todas aquellas personas, profesionales ó no que están en contacto con ancianos institucionalizados, la terapia por lo tanto debe tener una base de actuación multidisciplinaria. Se esbozan diferentes áreas terapéuticas que se utilizan en el tratamiento del anciano.*

Terapia Ocupacional, Psicoterapia, Ejercicio Físico, Alimentación y Nutrición, Terapia familiar y comunitaria, Terapia electro convulsiva, Terapia farmacológica

La terapia ocupacional constituye uno de los medios de actuación de la psicoterapia grupal. Mediante la realización de trabajos en grupos se pretende mejorar las relaciones sociales, el entorno social y la autoestima del anciano

deprimido. La terapia ocupacional puede utilizarse también como mecanismo de **prevención** de la depresión ó actuar sobre la difícil adaptación que ocurre en muchos ancianos cuando ingresan a una residencia.

Los objetivos de la psicoterapia son: disminuir ó atenuar la discapacidad, mejorando el grado de bienestar y aumentar el grado de socialización, conseguir mejor participación del anciano en aspectos como el ocio y ocupación del tiempo libre, remotivar al individuo en la propia vivencia de su vida. En terapia familiar y comunitaria los ancianos que viven en su medio habitual (familia, comunidad) precisan del apoyo del entorno para superar la depresión.

Debe relacionarse con otras personas, ofrecerle cariño, comprensión pero no exceso de protección. En ancianos institucionalizados se procura mejorar las relaciones del viejo con su familia haciéndoles co/ partícipes de los problemas, estimular visitas y ayuda para la resolución de conflictos.

Con respecto al ejercicio físico la realización de técnicas de relajación y los paseos ayudan a mantener la postura y mejoran el nivel de autoestima, fortalecimiento muscular, que aumenta el grado de bienestar y disminuye los síntomas depresivos y funcionales. El anciano depresivo puede sufrir deficiencia nutricional y es conveniente realizar una historia dietética y un control profesional para evitar excesos, mantención de su peso, y la dieta de acuerdo a sus problemas personales. Se favorece un ambiente cálido, sazonar las comidas a gusto, y se le ayude a alimentarse si es necesario. La terapia electro convulsiva debe indicarla un médico psiquiatra y necesita autorización del paciente y su familia.

La terapia farmacológica se apoya en la aplicación de escalas de depresión (Yesavage, Zung, Zorroaga) porque define la depresión en sus características de ansiedad, humor triste, inhibición ó trastornos funcionales y permite en cada caso

utilizar el tratamiento farmacológico adecuado La prevalencia de la depresión debe motivar a todos y a los que trabajan con ancianos porque la misma es en parte consecuencia de la sociedad en que vivimos, se debe conocer la génesis de esta enfermedad y tener el deber de ayudar al viejo deprimido a mejorar su estado de ánimo.

“Cuidado de ancianos en la rehabilitación en geriatría” por parte de [cuidadoresdeancianos .com. cda terapéutica 4html](http://cuidadoresdeancianos.com.cda/terapeutica4.html) 2009 4-8-2005.(Warren) Se describe la Terapéutica y Rehabilitación del anciano (Via Internet) Con respecto a las características de los mismos. Los principios fundamentales son los siguientes:

*Mantener máxima movilidad, independencia en actividades cotidianas, como mínimo, conseguir la confianza y cooperación del paciente, creación de un entorno optimista respecto de su recuperación, aplicación de tratamientos simples con sesiones cortas, trabajando interconectado todo el equipo de salud. Como objetivos inmediatos, se valorizan las capacidades residuales, estado mental y físico del anciano, edad y antigüedad de la enfermedad., **factores** agravantes, modo de vida previo al proceso. Se debe favorecer la auto- validez en las actividades de la vida cotidiana tratando que la familia coopere no ayudándolo, manteniendo la integración sociofamiliar del geronte , evitando las internaciones injustificadas ó prolongadas.*

*Tener en cuenta los **factores** que dificultan la terapéutica por parte del paciente, conducta pasiva, cuadros depresivos negativos, , alejamiento social, dependencia física ó psíquica y por parte del entorno , falta de apoyo familiar y además falta de apoyo estatal ó privado. Cuando se trata de casos ya establecidos al igual que la rehabilitación preventiva se consideran tres aspectos del ser*

humano, el biológico, psíquico y el social. En el caso de que se traten ancianos afectados se aplican los siguientes tratamientos y técnicas.

- ❖ Terapia Ocupacional
- ❖ Fisiokinesioterapia
- ❖ Psicoterapia
- ❖ Música terapia
- ❖ Resocialización
- ❖ Ejercicios físicos e intelectuales

El apoyo del entorno puede ser familiar, lo ideal es que el anciano viva con su familia. Dentro de lo estatal y privado existen clubes de abuelos, servicios de comida a domicilio, asistencia médica y paramédica domiciliaria, residencias y hogares, servicios hospitalarios de geriatría, sistemas jubilatorios adecuados, y la disminución de barreras arquitectónicas.

*’ Lic. Gaianu, Mariana Verónica ” Master universitario en Gerontología social aplicada. “**Depresión en ancianos institucionalizados**” 2006, (vía Internet)*

*El trabajo aborda información básica acerca de la Depresión y describe los **factores** que inciden en forma individual en este grupo etario. Incluye unidades temáticas que profundizan aspectos biológicos, psicológicos, y sociales del anciano que se detallan:*

- ❖ Cambios físicos y psíquicos relacionados con la vejez
- ❖ Cuidado y manejo de la depresión por parte de los profesionales y auxiliares
- ❖ Trastornos de la depresión signos y síntomas

- ❖ La comunicación con ancianos depresivos
- ❖ Vida diaria con ancianos depresivos
- ❖ Planteamiento del problema

*Se refiere a las causas de la institucionalización en el anciano como causa asociada a **factores** que pueden determinar la aparición de cuadros ó síntomas de depresión dando lugar al aumento de la prevalencia de este trastorno. Dificultad económica, sentimientos de abandono, soledad , aislamiento de la red social y familiar ,cambio significativo en el estilo de vida ,incremento del estrés, limitación de normas que condicionan autonomía e intimidad originando minusvalía, pérdida de libertad, falta de objetivos vitales ,incremento de la autopercepción de enfermedad y enfermedades crónicas. Tiene importancia el crecimiento demográfico en esta población.*

Como consecuencia de esto los trastornos depresivos serán cada vez mayores. En el primer año de ingreso en una residencia entre un 13 y 18% de los ancianos desarrollan un episodio de depresión grave, pero si hablamos de depresiones menores las cifras se disparan entre el 30 y 35 % .El cuidado apropiado del anciano solo pueden realizarlo profesionales con una predisposición y disposición afectiva y positiva. El objetivo es la sensibilización de los auxiliares de la clínica geriátrica ya que con empatía hacia los aspectos emocionales se aseguraría la calidad y dignidad de la vida además de dignificarse las personas que atienden a estos residentes. La vejez es la época de mayor fragilidad afectiva del ser humano por eso es necesario un enfoque integral en su manejo y cuidado. Es importante destacar cómo se actúa en la realidad ante personas mayores con trastornos en el estado de ánimo.

Continúa el estudio con la descripción de los cambios físicos y psíquicos relacionados con la vejez, cambios somáticos generales, (aparato locomotor, piel, aparato circulatorio, aparato digestivo.)

Cambios neurológicos, Cambios psicológicos, y cognitivos (inteligencia, memoria, lenguaje, atención), Deshidratación .Continúa con Signos y Síntomas,

Etiología de la Depresión, Síntomas Psicóticos, síntomas somáticos, y la Depresión y Dolor, La calidad de los cuidados, relata cómo es la vida con los ancianos deprimidos y las conclusiones numeradas del trabajo son las siguientes:

1) En la actualidad los recursos terapéuticos disponibles para el manejo de los trastornos depresivos geriátricos por parte de los auxiliares de geriatría y profesionales se basan en la afectividad, comprensión y la conciencia de escucha activa.

2) Dentro de la gerontología y psicogeriatría la depresión en el anciano es una de las patologías más frecuentes que merecen una especial atención.

3) No es suficiente hacer el bien sino hacerlo de manera adecuada.

4) La importancia de las personas que realizan los cuidados y manejo en ancianos depresivos no pueden ser ignorados

5) Los auxiliares de geriatría y los profesionales de salud pueden ofrecer un cuidado de calidad al anciano depresivo.

6) La comunicación entre el terapeuta y el residente es imprescindible para poder ofrecer un servicio y una atención de calidad.

*7) La responsabilidad no comienza y acaba con la curación de la enfermedad sino con la **prevención.***

8) *En este proceso es prioritario asegurar la calidad y la dignidad de vida de los ancianos residentes y la calidad de nuestra atención como profesionales sanitarios.*

*Lic. Tania Real Fortuny “**Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados**”. Barcelona España. 2008 Primer premio en Master de Psicogeriatría 8ª edición*

Es un estudio no experimental, transversal, retrospectivo, descriptivo con una muestra de 68 pacientes ancianos institucionalizados, sin deterioro cognitivo en el periodo abril a junio del 2007, cuyo objetivo es conocer la calidad de vida, las variables que se asocian a su percepción y si hay correlación entre instrumentos que valoran la capacidad funcional (Índice de Barthel), la depresión (estados anímicos), GDS Yesavage y la Escala de Filadelfia (moral) para CDV.

Se utilizaron variables sociodemográficas: sexo, edad, estancia (antigüedad en el lugar), patologías activas (Físicas y cognitivas), numero de fármacos (Psicoactivos y no activos), deterioro cognitivo, capacidad funcional, estado de animo y calidad de vida.

*En conclusiones y propuestas de dicho trabajo, la variable **estado de ánimo** y calidad de vida, mostró una asociación significativa con valores estadísticos importantes y el estado de ánimo de una persona no es independiente de la autopercepción de calidad de vida.*

De forma menos significativa se relacionaron los instrumentos que miden capacidad funcional respecto de calidad de vida y quedó el estudio abierto a la posibilidad y con los mismos objetivos para la comparación con ancianos no institucionalizados.

Minguez, Martín L., García, Sánchez, F. J., Herrero, Guillarte, I., Salgado, Pascual, C.F. Bombin Puyo, M.C. Esteban Iglesias, M. **“Tratamiento de la depresión geriátrica en el medio residencial”** Fuente: *Anales de Psiquiatría*.24 (4), 2008,

*El objetivo de este estudio fue la revisión del tratamiento de la depresión en ancianos institucionalizados utilizando como metodología la búsqueda en Medline (desde 1990) de artículos y capítulos de libros obtenidos mediante referencias cruzadas. Los resultados fueron que la depresión es el trastorno psiquiátrico más prevalente en el anciano (20% en residencias para válidos y 40% en asistidas) El tratamiento se basa en: Un manejo adecuado: incluye la aceptación del ingreso por el paciente , visitas familiares, permisos, y apoyo afectivo por parte del personal ;tratamientos biológicos :El tratamiento de primera elección serían los ISRS(Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina) , siendo de segunda selección los antidepresivos de acción dual y los tricíclicos .Otras opciones terapéuticas incluyen litio y terapia electro convulsiva (TEC) y las diferentes técnicas de psicoterapia son útiles, mostrando una eficacia superior pero sin diferencias estadísticamente significativas entre ellas .Conclusiones ´:El tratamiento de la depresión en el anciano institucionalizado se basa en tres pilares: **un manejo adecuado, tratamientos biológicos y psicoterapia.***

Guajardo, J. TO. H.C.U.Ch. Universidad de Chile **“Terapia Ocupacional y Depresión en el Adulto Mayor”**2009.

Es un estudio de investigación teórico y descriptivo En la introducción el autor clasifica los diferentes tipos de depresión en el adulto mayor según el D.S.M.IV para introducir el trastorno depresivo del anciano. Según las causas físicas justifica su prevalencia, resultando que la misma en ancianos

*institucionalizados va del 30 al 75 %, encuadrando a la depresión mayor en valores desde el 12 al 20 % Dicha prevalencia tiene como causas y está asociada a pérdidas y a la adaptación del anciano al ser internado en una institución. En la última etapa de su vida. Incluye **factores** de riesgo: Sexo femenino, historia familiar cambios psicosociales, (pérdidas) alcohol, soledad, bajos ingresos, situaciones estresantes, pensamientos negativos, disfunciones cognitivas, asociaciones con enfermedades físicas,, (ACV) accidentes cerebro vasculares, neurodegenerativas (Parkinson, Alzheimer.) enfermedades tiroideas , fármacos, cáncer, morbilidad depresiva indirecta (miedos, limitaciones físicas y dependencia) Describe la presentación clínica más frecuente en el anciano que es el **estado de ánimo deprimido** y la asociación con síntomas físicos y consecuencias de la depresión (baja calidad de vida, deprivación social, deterioro en (AVD) actividades de la vida diaria) Por último describe el perfil del anciano suicida con sus **factores** de riesgo .Utiliza la escala de Depresión geriátrica de Yesavage para identificar los depresivos y como segunda valoración de la depresión en cuanto a su intensidad y evolución de síntomas emplea la escala de Hamilton.*

El tratamiento de la depresión es integral:

- ❖ Terapia farmacológica*
- ❖ Terapia Psicológica*
- ❖ Terapia Ocupacional*
- ❖ Terapia electro convulsiva*

(Relacionada con medicación en depresión mayor con sintomatología psicótica)

Se evidencia que las intervenciones beneficiosas son:

- ❖ Grado de apoyo social
- ❖ Intervención familiar
- ❖ Grupos de apoyo
- ❖ Psicoterapia
- ❖ Participación social

TERAPIA OCUPACIONAL-objetivos

- ❖ Identificación precoz y derivación adecuada y oportuna
- ❖ Mantenimiento, Recuperación de Hábitos
- ❖ Rutinas y roles
- ❖ Mantener nivel de participación en Actividades de la vida diaria AVD
- ❖ Rediseño de vida
- ❖ Maximizar apoyo de redes sociales
- ❖ Siendo en este autor sus marcos de referencia
- ❖ MOH volición y habituación
- ❖ Adaptación ocupacional
- ❖ Técnicas psicoterapéuticas aplicadas a la ocupación ó resolución de problemas
- ❖ Terapia cognitivo conductual
- ❖ Técnica socio terapéutica
- ❖ Técnicas Corporales.

Terapia ocupacional en Prevención Primaria (2009)

Desde el año 1992 a la fecha se encuentra en vigencia un programa universitario para adultos mayores .Es un programa de Extensión dependiente de la Secretaria de Extensión de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Este programa consta de propuestas que son sujetas a la aprobación del Consejo Académico de la Facultad. .El programa está dirigido a los adultos mayores de 45 años en adelante, (requisito para su ingreso) sin ningún conocimiento previo ó certificados de estudio alguno.

La metodología que se emplea es la de curso taller. Estos talleres son espacios grupales y los mismos están diversificados y distribuidos en distintas áreas de salud, sociales y culturales.

*En el área promoción de salud, cuentan con diferentes talleres dirigidos **preventivamente** a la salud psicofísica del mayor. Está dirigido por un equipo docente y coordinadores de los mismos que son profesores , psicólogos y terapeutas ocupacionales .El fundamento es que el adulto mayor, conozca ó no la actividad seleccionada, está capacitado y puede canalizar todas sus posibilidades de manera individual y grupal, favoreciéndose con el intercambio de experiencias con sus pares, aumentando un adecuado marco para el desarrollo potencial, mantención y prevención de su salud psicofísica , social y cultural .Los talleres organizados son 64 donde el adulto mayor puede integrarse a la actividad elegida. En el área promoción de salud se encuentran vigentes (año actual) los siguientes talleres: Recursos que favorecen la memoria, Nutrición normal, Dietoterapia, Juegos y deportes, Expresión corporal (espacios de experimentación creativa), tres niveles de Natación, Yoga etc.*

Además hay otras áreas que se desarrollan, citándose algunas de ellas como: Área de expresión artística y musical (Teatro, Pintura, Dibujo, Tallado en madera, etc.).Área informática (varios niveles) y Área cultural (Idiomas, comunicación, Historia del arte, etc.).

MARCO TEÓRICO

Capítulo III

ASPECTOS DEL MARCO TEORICO

III.1 Institucionalización y Vejez

Se consideró la definición conceptual de institución, instituto, residencia geriátrica.

Institución (Del Lat. institutio) Fundación de una cosa. Organización con un personal dirigente y un establecimiento ó sede constituida para la consecución de un fin determinado (Universidad, hospital, centro cultural etc.). Es un instrumento de control social de una cultura ó ideología que se inserta en ella a la que trata de servir en sus necesidades culturales, en forma adecuada. (Salvat Editores S.A. Barcelona 1968, Vol. 4 Pág., 2835.)

Institución: Organización pública ó estructura social con un edificio en que funciona una corporación que puede ser benéfica ,científica, ó literaria etc. con una finalidad ,que tiene un mecanismo con el que la sociedad humana se organiza, dirige y desarrolla cierta actividades que se requieren para satisfacer sus necesidades (.Boiffer. M.N. 1999.)

Instituto: (Del lat, Institutum) corporación y constitución que prescribe cierta forma y método de vida. científica, literaria, benéfica, otras con edificio en que funciona alguna de ellas. (Salvat editores SA 1968 Vol.4 pag 1836).

Residencia geriátrica: (Del lat. resideus) se define como casa con ciertos reglamentos donde residen, conviven, personas que tienen atención profesional y socio sanitario, en el cual pueden vivir temporalmente y con algún grado de dependencia (Dic. O.B. Pág.1178 cit. Boiffer M.N. 1999.)

La sociedad Española de Geriátría y Gerontología dice “que una residencia geriátrica es un centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio sanitaria donde actúan profesionales. En el lugar pueden vivir personas mayores con cierta asistencia residiendo en forma temporal”. (Boiffer, M N. 1999)

El concepto de institucionalización es el ingreso del anciano en una residencia ó centro y es para diferenciar su carácter de especialización. (M.Rojas, Ocaña, 2009). Los ancianos que ingresan a una institución por medio de un mecanismo de ajuste y de conducta personal adoptan una actitud pasiva. Esto implica una relación de dependencia hacia el lugar y su organización .Hay un período de adaptación que resultará en la existencia de una relación de significancia entre la vida independiente del anciano y su deterioro.

Hay diversas causas, culturales, médicas, biopsíquicas, económicas etc. que, determinan la institucionalización del anciano. Es una situación traumática y representa una crisis difícil por la disminución de sus potencialidades. Se encuentra enfrentando cambios y pérdidas. Otros toman la decisión de su internación sin permitir su elección personal ya que no puede valerse por sí solo y también la familia para solucionar problemas de salud, de atención, laborales, conflictos familiares etc. La sociedad implementa programas de intervención social y políticas de planificación gerontológica, pero no brindan las posibilidades necesarias para que el anciano, pueda proyectarse como desea y merece. Todo este proceso le genera al anciano angustia y temor .Sus pérdidas tendrán implicancias físicas psicológicas sociales y culturales. La internación puede deberse a problemas de tipo económico, de vivienda, enfermedad, incontinencia familiar, dependencia funcional, etc.

“La internación geriátrica es policausal” (C. Miranda, 1996)

.Aunque la población anciana institucionalizada en la Argentina representa el 2,8 %, del grupo añoso de residentes en el territorio, lo cual implica que no constituimos un país con perfil institucionalizante a nivel geriátrico, éstos parámetros se están modificando convirtiendo a los viejos en un grupo de alta vulnerabilidad social (lic. Golpe, cit.por Boiffer, N. 1999).

La institucionalización le ofrece al anciano ventajas y desventajas. Entre las primeras, el viejo se relaciona con sus pares, va a estar protegido de accidentes y peligros callejeros, puede acceder a la asistencia médica, alimentación adecuada y condiciones dignas y mínimas de vivienda .Y entre las desventajas que se tratan en la introducción del trabajo están las pérdidas mencionadas psicológicas, sociales y culturales. El viejo se introducirá en una dinámica institucional tan particular como extraña, que modificará sus hábitos arraigados de su propia cultura. Sus pérdidas psicológicas y sociales van a constituir un proceso de desculturización. (Boiffer. N. 1999).

*Cada viejo es diferente y asume de acuerdo a sus características personales su situación particular, que engloba el cambio de vida sin familia ó sin parientes ó amigos todas pérdidas emocionales afectivas. Necesita ajustarse psicológicamente, afectivamente, económicamente, socialmente e incluirse en la nueva dinámica del lugar. (Sánchez Salgado, N. 1990). Un **factor** que se refiere en cuanto al nivel de atención que recibe el anciano en la institución es el tema del maltrato institucional (como factor de riesgo) tema específico de otro estudio.(Dalchman L.S. 1998)*

. Existen circunstancias que pueden facilitararlo y reforzarlo como que la institución no posea el ambiente adecuado a las necesidades , fallas en la estructura organizacional , falta de variedad y frecuencia de servicios ,mal estado en su preservación edilicia, baños insuficientes ,escaleras (barreras arquitectónicas),

factores relacionados con la edad y rango laboral de personal no capacitado para trabajar con ancianos. La institución puede presentarse como un espacio no adecuado física y socialmente, con una filosofía de trabajo autoritario , sin libertad individual, sin compromiso profesional , con maltrato y abuso, favoreciendo así la depresión , y considerándose que estos **factores** son inductores de la misma .(Dalchman L.S. 1998)

“Hay instituciones que en realidad son verdaderos psiquiátricos que influyen sobre el deterioro psicosocial de una vejez natural y otro que son verdaderos depósitos de personas para morir.” (Lic. Miranda, C. 1996).

Los ancianos residentes durante su período de adaptación al medio institucional pueden tener diferentes percepciones personales acerca de su salud en relación al tiempo que está internado. Y un medio ambiente adecuado permite que su adaptación sea positiva, colaborando en su calidad de vida.

III 2. INSTITUTO GERIATRICO SUIZO ARGENTINO (I.G.S.A.)

Características generales y propias del lugar donde se efectuó la experiencia.

Es una institución privada, los tratamientos son grupales. El equipo profesional está formado por médico especialista en Gerontología y Geriatria, médico psiquiatra (como consultor), Terapista Ocupacional, Trabajador Social, Kinesiólogo, Nutricionista, Jefa responsable de Enfermería, con un grupo que se renuevan en tres turnos ,equipo de mucamas, ayudantes de cocina y dos personas a cargo del mantenimiento general, y dos directores dueños administrativos.

La población institucionalizada accede para su internación en forma privada y también a través de un convenio con el INSSJP (Instituto Nacional para Jubilados y

Pensionados) actualmente ANSSES y el Servicio de prestaciones de su obra social PAMI.

Se alojan en la Institución diferentes categorías de ancianos pacientes agrupados según sus capacidades: independiente, semi-dependiente y dependiente total, con variada multiplicidad de patologías psicofísicas: Accidentes cerebrovasculares (hemiplejías) trastornos motores variados, retardo mental, enfermedad de Parkinson, Depresión, Alzheimer, (Demencias) esquizofrenia, Diabetes, Etilismo crónico etc. La edad de la población estable del lugar es de 65 años a 95 años.

Planta Física y acceso geográfico

La parte edilicia cuenta con un edificio tipo chalet, de dos plantas, paredes de ladrillo revocado y pintado, con ubicación geográfica cercana al mar, a cuyas costas llegan algunos de los residentes guiados en caminatas organizadas durante los meses de verano, como parte de las actividades recreativas.

Sus dependencias internas cuentan con adaptaciones en sus ambientes ,la mayoría compartidos por residentes del mismo sexo contando con camas de una plaza , a veces limitados en su capacidad ,pero con ambientes agradables pintados y limpios.

Cuentan con lavadero propio para la higiene del lugar y ropa de los internados. Para acceder a la planta alta hay una escalera principal, con descansos, pero esto no favorece la normal deambulaci3n (barreras arquitect3nicas) para algunos residentes con riesgos de caídas.

En un sal3n que da a la calle se realizan las actividades, con buena iluminaci3n natural, con mesas amplias que permiten el desarrollo de las mismas y donde entran las sillas de ruedas c3modamente. Los distintos salones y habitaciones se encuentran calefaccionadas .Hay un sal3n comedor donde se sirve

en distintos horarios y por turnos. Cuenta con un jardín interior donde algunos residentes deambulan hay bancos y plantas con flores interiores. Se pueden alojar en la institución cerca de cien adultos mayores.

En la entrada al edificio se ubican las oficinas de administración y recepción.

III.2.1. *Terapia Ocupacional en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino (IGSA)*

Terapia Ocupacional cuenta con una pequeña sala como consultorio que comparte con Servicio Social donde se entrevistan a los residentes al ingreso y cuenta con una biblioteca y lugar para los materiales que se utilizan en actividades.

La actividad profesional de Terapia Ocupacional comienza a las 9 hs. Y se extiende hasta las 18 hs. con una frecuencia semanal de cuatros días. Una vez en la semana comparte con el equipo interdisciplinario una reunión para evaluación de pacientes, evolución de tratamientos, alta, baja y traslados de los mismos. Terapia Ocupacional Interviene desde su campo actuando positivamente sobre la problemática enfermedad y vejez, y todos los aspectos que forman esta etapa terminal del ciclo vital.

El anciano institucionalizado tiene la posibilidad de participar de programas prácticos que apoyen una rutina diaria, mantenga un estilo de vida satisfactorio con el objetivo de mejorar y mantener su salud psicofísica. Terapia Ocupacional también evalúa junto con el equipo interdisciplinario al residente cuando éste presenta un estado de ánimo deprimido.

Se aborda conjuntamente y se colabora con el diagnóstico, reconociendo, que el ánimo negativo y depresión pueden agravar patologías que ya se encuentran instaladas. Al ingreso del anciano se realiza una entrevista al mismo y su familia en

el área de Terapia ocupacional, donde se recaban todos los datos posibles del ingresante: edad, antecedentes personales, familiares y hereditarios, los estudios, constitución de su familia, cantidad de hijos, trabajos realizados, tiempo libre, sus vocaciones, hobbies, e intereses, expectativas, y estado anímico.

Además se realiza una evaluación física para establecer su capacidad funcional Para evaluar el estado de sus funciones intelectuales superiores se realiza un test de evaluación cognitiva (Test Minimental State, Folstein). El rango en esta escala, oscila entre 0 y 35 puntos y se agrupan los pacientes en tres categorías: sin deterioro cognitivo, deterioro leve y deterioro grave. La capacidad funcional se evalúa además con las actividades de la vida diaria y las actividades más complejas, (AVD Y IADL)

La evaluación es integral, se completa con la escala Índice Barthel que es de autocuidado para agrupar a los pacientes de acuerdo a un resultado, valorándose los grados de independencia (independiente, semidependiente y dependencia total) y asistencia necesaria. Se evalúan conductas, aspecto general y comportamiento, que se incorporan a la historia clínica.

Durante el tiempo de la internación se tiene en cuenta la relación familiar, comportamiento social, relaciones personales, participación en actividades, teniendo una visión sobre la adaptación del anciano al medio institucional.

Terapia ocupacional y las actividades

Terapia Ocupacional instrumenta su lenguaje distintivo de la profesión (actividad), identificando las necesidades de los internados residentes y propone un lugar de salud, crecimiento y espacio terapéutico.

El paciente que participa en una actividad significativa tiene la oportunidad de relacionarse con otros, y el medio en que se encuentra.

El interjuego social contribuye a dar un sentido de pertenencia y el anciano así tendrá mejores posibilidades para una adaptación activa a la realidad. La actividad representa el medio de facilitación que le permitirá en el espacio terapéutico su desarrollo potencial, de acuerdo a su personalidad. Se instrumenta como recurso tendiente a un hacer creativo y personal del anciano, donde el Terapeuta ocupacional interviene teniendo en cuenta el concepto del ser bio-psico-social, que este individuo representa. El Terapeuta ocupacional cuida, y preserva la integración psíquica del paciente anciano que transita por esta última etapa de su vida.

La actividad permite analizar las demandas e identificarlas, los requerimientos y oportunidades desde una participación corporal y motora, como también sensoperceptiva, abarcando aspectos psicodinámicos, intelectuales y sociales. Con cambios positivos se le facilita al adulto mayor y a través del ejercicio de la actividad, producir en su mundo interno una reorganización que le permita integrarse, adaptarse, y protegerse de la enfermedad en este período vital del anciano.

“Cuando la meta y los objetivos representan el cambio, éste se produce a través de las acciones” (Calderone, G. 1994). *En la actividad, el viejo toma contacto, elige, vivencia con distintos materiales, diferentes técnicas, creando y construyendo particularmente. Le permite al viejo la valoración de un producto significativo y terminado, significativo con un fin utilitario, estético, ó representativo de su potencial simbólico y dónde puede canalizar su propia vida, sus conflictos,*

sus deseos, tensiones, inhibiciones sentimientos de angustia, frustraciones, satisfacciones, aumento de su autoestima etc.

Cuando la autoestima es baja y el viejo pierde interés, no participa. Si está bloqueado por la enfermedad, no hay crecimiento, enriquecimiento personal y así es difícil la participación social y relación con sus pares. “El adulto mayor en situación de internación permanente, puede sentirse desestructurado porque sus roles han quedado limitados ó poco claros así como su estatus social y con él también pierde ó disminuye su autoestima” ” (Miranda. C. 1996.). Un envejecimiento satisfactorio depende que el anciano en el mayor grado posible pueda y mantenga los niveles de actividades de su vida adulta anterior (Lemon, y col.1972).

Si se producen cambios, la respuesta adaptativa es restablecer ese equilibrio previo. Tomar parte de las actividades de joven, representa una ancianidad feliz y satisfactoria, ó bien encontrar un buen sustituto para evitar la menor satisfacción en la vida durante el envejecimiento. (Hopkins, H. Willard Spackman. 8ª edición).

Los profesionales interactúan con los ancianos y a través del tiempo con ese contacto, se puede conocer el carácter del anciano; esto permite detectar sus estados de ánimo y observar la variabilidad según lo que experimente el residente.

Dentro de la dinámica institucional del lugar y la aplicación práctica de la actividades terapéuticas en los distintos talleres, se observó la aceptación general sobre las actividades significativas que permitió en la población intenso interés ,aumentando la autoestima, compartiendo momentos agradables, y aumentando la satisfacción con respecto a la calidad de vida y expectativas positivas en esa difícil etapa.

III.2.2 Generalidades Descriptivas y cualitativas de Algunos de los talleres implementados en el área de Terapia Ocupacional.

❖ .Taller de Estimulación Psicomotriz

Este taller dirigido a los ancianos residentes tuvo objetivos claros y precisos, encuadrados en la planificación para dicha actividad que se venía realizando en dicha institución. Los mismos consistieron en la búsqueda de la organización del lenguaje corporal con vivencias, emociones, expresiones, orientando la energía de los ancianos hacia el movimiento en armonía con el medio ambiente, favoreciendo la movilización de sus articulaciones y músculos desgastados evitando la pasividad, previniendo deformidades , favoreciendo el tono muscular, fuerza amplitud y coordinación. Se desarrolló durante 8 meses de permanencia en ese lugar con una frecuencia semanal de una vez por semana de una sesión con una duración de 45 minutos .Se utilizó como marco referencial teórico, contenidos y elementos de expresión corporal, Psicomotricidad, técnicas de gimnasia relajación y dinámica grupal. Se utilizó música para la ambientación de dichas sesiones con recursos y materiales didácticos.

En este taller se trabajó dividiendo las sesiones en tres momentos fundamentales: Movilización, respiración, con pausas de descanso, y relajación plena del total de las articulaciones. Esta actividad permitió poder desarrollar la energía de los ancianos a través de movimientos simples , la movilización segmentarla, favorecer los procesos psicológicos, la comunicación consigo mismo y su cuerpo a través del movimiento, de gestos, palabras, actitudes, sentimientos , poder reconocerse , conocer a otros, relacionarse, con el lenguaje y la expresión de su propio cuerpo.

❖ Taller de Memoria

.Este taller se realizó durante los meses enero al mes de abril inclusive, destinado a los ancianos institucionalizados, siendo el marco teórico referencial la multiestimulación en ancianos de la autora Magali. Risiga. Con los datos de la historia clínica, se realizó una evaluación cognitiva utilizando como instrumento el Test Minimental State (Folstein), con la finalidad de poder integrar adecuadamente al grupo inicial de ancianos seleccionados.

Los objetivos específicos de este taller fueron la estimulación de las funciones cerebrales superiores (memoria mediata, inmediata, atención comprensión, juicio, razonamiento, pensamiento, lenguaje, concentración etc.) Favorecer la orientación temporo-espacial, estimular, mantener o mejorar la capacidad perceptiva etc.

Se evaluó como en algunos ancianos se pudo mantener y ejercitar a través de ejercicios mentales (ej.cálculos, juegos, dibujos, lenguaje etc.) la memoria y el nivel de atención. Fue interesante observar el interés y agrado en las evocaciones juveniles, rescatándose las reminiscencias positivas grupalmente Una anciana presentó dificultad en su desempeño debido a la presencia de patología visual que impedía su normal desempeño pero era asistida en forma personal.

❖ Teatro de Títeres

Este taller se realizó durante los meses de enero y agosto inclusive con sesiones semanales de 45 minutos cada una continuando con los talleres que estaban ya implementados referidos a las formas de distintas expresiones en los ancianos como un taller de cuentos, continuando con la idea de realizar un cuento para hacer una obra de teatro por medio de títeres. Se utilizó para alcanzar estos

objetivos marcos referenciales teóricos y prácticos como Vínculo de Revier, Objeto intermediario Máscara, cuerpo y confección con distintas técnicas, de muñecos mediante bibliografía consultada en la biblioteca pública de la ciudad. Se realizó un cuento con una narración adaptada y creada por los propios participantes. Los talleres aumentaron la posibilidad de exploración en la creatividad individual y la capacidad comunicativa.

La actividad le ofrece una oportunidad de ser creativo a través de la combinación de herramientas, materiales y técnicas para obtener un producto novedoso.

El criterio de realidad les permitió a los ancianos el destino a un proyecto finalizado, que consistió en el trabajo realizado durante la permanencia de los ancianos en el taller , en el cual se realizaron las siguientes etapas :

- a) Selección de un cuento y su adaptación*
- b) Confección manual artesanal de los personajes de la narración seleccionada y adaptada a los títeres*
- c) Final del taller y presentación de la obra ante niños de un jardín de infantes de la ciudad, como objetivo cumplido y proyecto finalizado a mediano plazo con el esfuerzo y constancia de los ancianos integrantes participantes, otros residentes, y el personal en general de la institución. Los ancianos institucionalizados mejoraron notablemente sus estados de ánimo, sintieron el protagonismo y transmitieron a los niños que llegaron invitados por la institución, su obra en un encuentro feliz y único.*

❖ Taller de libre expresión

Este taller permitió compartir una positiva experiencia con los ancianos residentes activos del lugar .Los encuentros permitieron la posibilidad de apertura hacia una nueva reconexión con la realidad participando y expresando todas la riqueza olvidada, dormida ó bloqueada por la enfermedad y el deterioro. Se tomó en cuenta la necesidad de expresarse de distintas formas teniendo en cuenta esa riqueza potencial que no era explotada, buscando su canalización en esta actividad. Se introdujeron técnicas con motivaciones para despertar la expresión, gráfica, escrita, o plasmando una pintura etc. La actividad era precedida por el taller de estimulación psicomotriz que permitía un estado de relajación y disponibilidad para este otro taller. Se utilizaron técnicas como: dátilo pintura, collage, dibujo libre, técnica de falso vitreaux, masas cerámicas, masillas frías para modelar, lectura de obras literarias, poesías, Se brindó un ambiente libre y agradable con la posibilidad de una reflexión personal y grupal sobre los proyectos realizados.

Los ancianos guiados en este taller realizaron la confección de un Mural, con pintura esmalte, con un tema previamente seleccionado por ellos, en una pared interna del instituto cedida por la Dirección, que sirvió como prueba de las habilidades manuales, perdidas por algunos de los internos (Ej.: parkinsonianos) y recuperadas momentáneamente durante su ejecución, por el deseo de participar.

El diseño del mural fue programado y llevado a cabo por la mayoría de los internados y algunos que intervinieron, no frecuentaban los talleres.

Los estados de ánimo de los participantes denotaron alegría inusual, ganas de colaborar, jugar con las pinturas, hubo entusiasmo, y en sus rostros miradas interesadas con motivaciones y palabras agradables que eran verbalizadas La actividad lúdica apareció mezclada con la expresión y la necesidad de comunicarse

para trascender en la obra ejecutada. “La actividad lúdica se plantea como esencial para la creatividad” (Ts.Os. Aussiere, Carrizo, 1998)

Los residentes participantes realizaron experiencias artísticas con material ya preparado, masa de cerámica, que les permitió la ejercitación de la dinámica y coordinación manual, la liberación de sus cargas emotivas y conflictos simbólicos. Se observó en este taller las conductas hacia los objetos creados, como la reparación, la corrección de lo proyectado, el deseo de arreglar lo deteriorado.

Se exploró la transformación y modificación del proyecto, noción de valor bidimensional, tridimensional, modelando figuras y objetos. Se pintaron y guardaron obras, otras se destruyeron y algunas desaparecieron por alguna causa frustrante.

ACTIVIDADES SOCIO RECREATIVAS

Taller de Canto y Baile



TALLER DE LIBRE EXPRESIÓN
Instituto Geriátrico Suizo Argentino
(I.G.S.A.)

Internos con muestra técnica “collage”



Muestra realizada “collage”+ plegado



Mesa de trabajo en Taller de libre expresión



Interno efectuando dactilo pintura



M U R A L

P r e p a r a c i ó n d e p a r e d



P i n t a n d o c o n m o l d e s



P r e p a r a n d o d e t a l l e s f i n o s



A n c i a n a p i n t a n d o



R e a l i z a n d o d e t a l l e s f i n o s



Paciente parkinsoniano controlando el temblor durante la realización

Terminando detalles finos



***D e s p e d i d a p o r f i n a l i z a c i ó n
d e l m u r a l***



Mural Terminado



TALLER DE TÍTERES **Preparando los materiales**



I n t e r n o s c o n f e c c i o n a n d o



L o s t í t e r e s

T í t e r e s u t i l i z a d o s e n l a o b r a



e l e g i d o s y c o n f e c c i o n a d o s
p o r l o s i n t e r n o s

E s c e n o g r a f í a u t i l i z a d a e n l a o b r a



E n s a y o d e l a o b r a



**Cartel elaborado por
los residentes para la obra**



**con intención de recibir a los niños
del Jardín de Infantes salita de 5 años**

Función de títeres para los niños invitados



Interacción de los residentes con los niños del jardín



Merienda ofrecida a los niños después de la función



**Los residentes con los propietarios del
Instituto y los profesionales
antes de comenzar la**

función



CAPITULO III DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

3. 1 Definiciones del término depresión (diferentes autores)

**Depresión es un síndrome que consiste en la pérdida o molestia continua del ánimo (humor) y ó interés, que esta presente por lo menos dos semanas, que se acompaña de alteraciones neurovegetativas, (insomnio, enflaquecimiento) de conductas depresivas, (sentimiento de culpabilidad y alteraciones cognitivas) (1) Dres.Taragano, (2) Lyketsos1998)*

1) Cemic Buenos Aires) 2) Departamento de psiquiatría Hospital John Hopsking, Baltimore.

**La depresión constituye una categoría psicopatológica que puede adoptar la forma de:*

*1) **Síntoma** (Sentirse deprimido) o de*

*2) **Síndrome** (estado accesible al diagnóstico clínico) y de*

*3) **Enfermedad** (Entidad nosológica con curso propio, con diagnostico, pronóstico y tratamiento) Su diagnóstico se asienta en la tétada **tristeza patológica, anhedonía, ansiedad e insomnio** (Alarcón Vidal G. De la Fuente, Salin, P. “Trastornos Afectivos” en Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Cap. 12,340-357.Edit.Salvat.1995)*

La depresión en el anciano es el resultado de la conjunción de varios **factores heterogéneos que actúan en el terreno personal de cada paciente .Su etiología por lo tanto es biosicosocial”. Dr. López Trigo, José A. (2001)*

**La depresión es una evidente alteración de la capacidad para captar, sentir, y manifestar los afectos (Sabanés, F. 1990.)*

**La depresión es un estado que tiene como condición la pérdida de la relación objetal y en la cual el contenido ideático es el que dicha pérdida toma imposible la realización del deseo al que se está intensamente fijado”. (Bleichmar, 1976.)*

“Los trastornos del animo son un grupo heterogéneo y prevalente de enfermedades medicas, multisistemicas, que se manifiestan con grados variables de depresión, euforia o irritabilidad y se asocian a un significativo deterioro físico y social “(Bitran Colodro, J., 2009).

3.2 Criterios operativos en la identificación de las Depresiones.

Nosología

Diagnostic and Statically Manual of Mental Disorders, 4 Edition NY (DSM IV). (1994). (Manual de Diagnostico y Estado de Enfermedades Mentales)

La clasificación Americana identifica tres grandes grupos de Depresiones

1.) Depresión Mayor

Es la depresión franca, con un cuadro clínico típico y bien diferenciado.

Sintomatología con estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o de capacidad para el placer (tiene que haber 5 síntomas como mínimo durante dos semanas).

Algunos autores opinaron, si embargo, que la utilización del concepto Trastorno Depresivo Mayor era confuso si no se completaba con un hecho más específico, de allí que al DSMIV se agregó la Depresión Mayor con características endógenas.

2) Depresión mayor con características endógenas

O también Depresión Mayor con” melancolía”, se trata tal vez de la mas grave, pero mas sensible al tratamiento adecuado.

2.) Depresión menor

A este malestar se lo llama trastorno distímico o depresión neurótica.

Estado de ánimo deprimido manifestado por el paciente y observado por los demás, se da casi todos los días y durante años

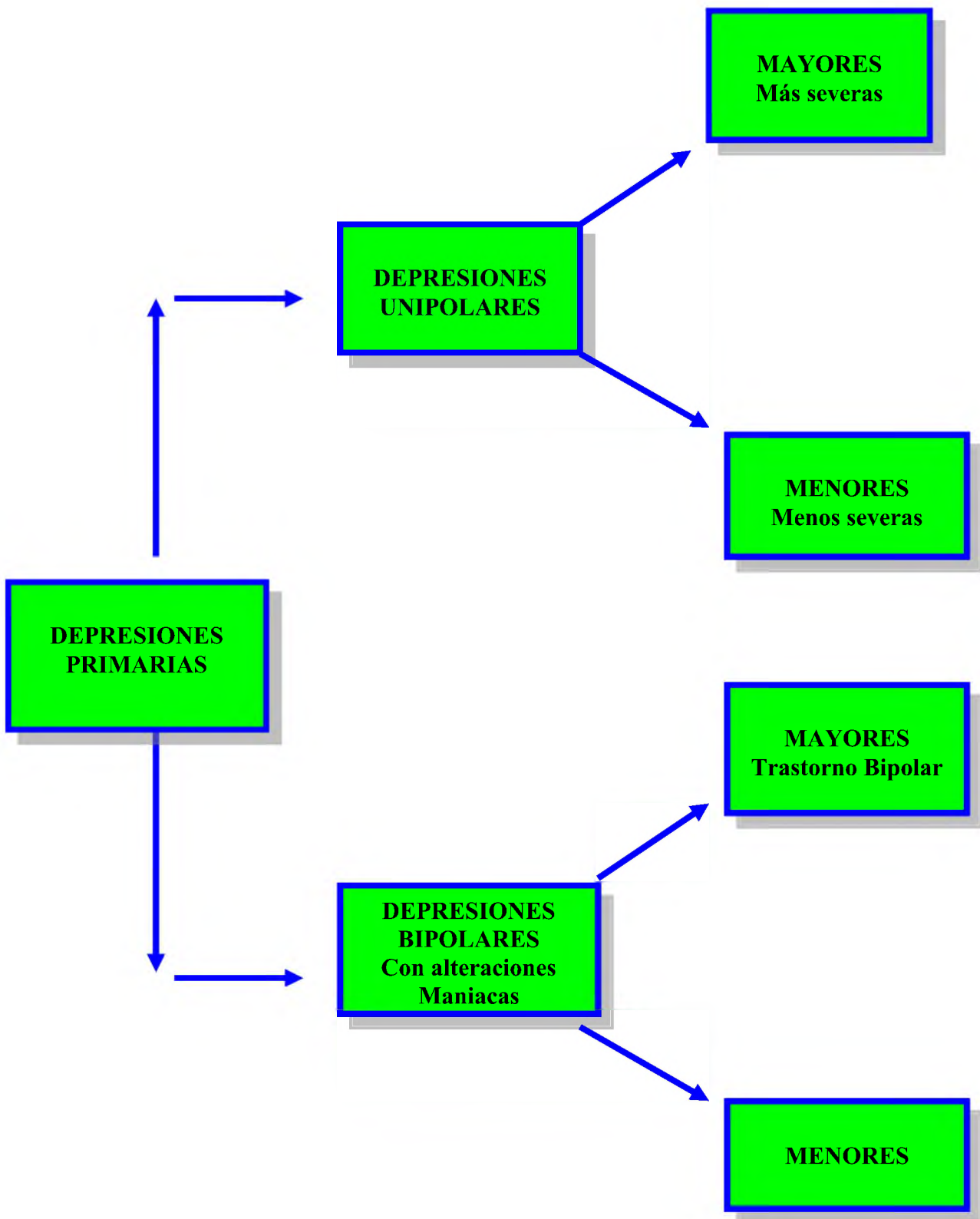
Depresiones Primarias.

*Las depresiones primarias son las que no están ligadas a otro tipo de enfermedad, se subdividen de acuerdo a su sintomatología y gravedad en **unipolares y bipolares** .Las depresiones primarias **unipolares** se presentan en fases, a los intervalos de normalidad siguen fases depresivas y varían de un individuo a otro. Las depresiones primarias **bipolares** alternan con intervalos de normalidad pero también con episodios maníacos.*

Depresiones Secundarias

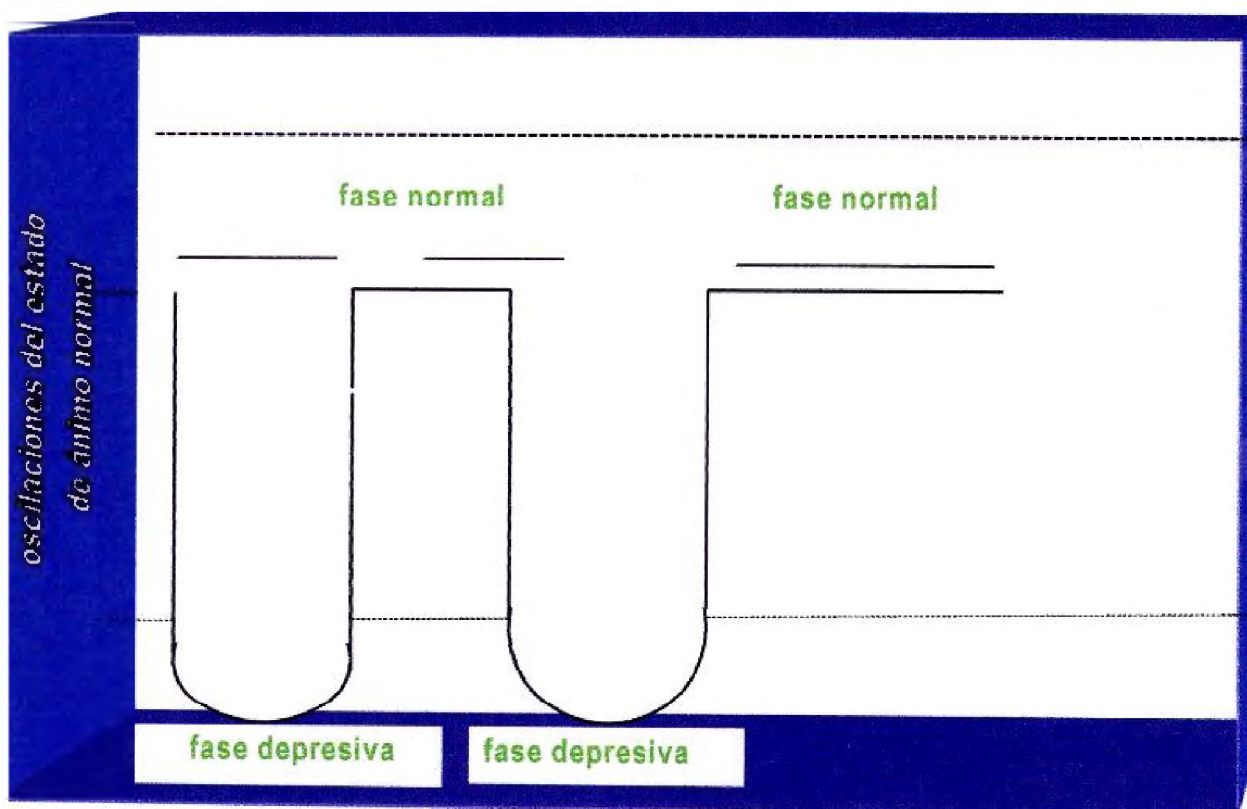
Son aquellas relacionadas con otras enfermedades médicas y/o psiquiátricas. En estos casos el concepto “secundarias” se entiende como “consecuencia de”, y por lo tanto, es indispensable identificar el trastorno que las provocó (estados de ansiedad crónicos no resueltos, alcoholismo, adicciones, esquizofrenia). Cuando se produce, el paciente está eufórico, verborreico y padece de insomnio .Hay agitación, ideas delirantes y/o alucinaciones

CLASIFICACION DE LAS DEPRESIONES PRIMARIAS



Mejorado de F.Sabanes “La Depresión”1990

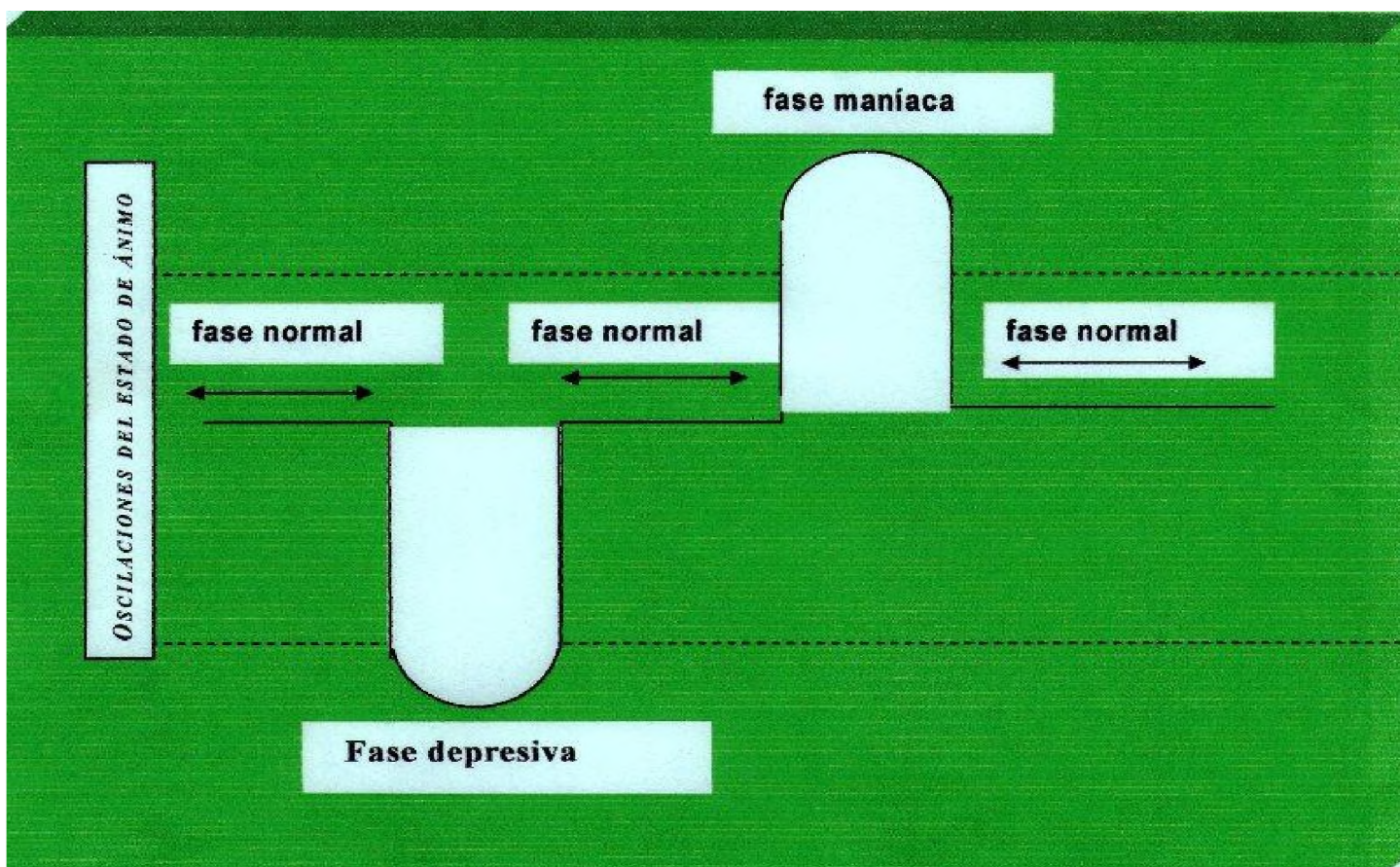
L A S D E P R E S I O N E S P R I M A R I A S U N I P O L A R E S



Sabanes.F. "La Depresión" 1990

DEPRESIONES PRIMARIAS BIPOLARES

Oscilaciones del Estado de Ánimo



Mejorado de SABANES F "La Depresión".1990

Desde el campo de la psiquiatría, la Neuropsicología y desde aspectos sociales, entre los signos y síntomas de los trastornos depresivos encontramos:

Psicológicos: sentimientos de culpa, baja autoestima, desvalorización desesperanza, anhedonía (falta de experimentar placer) tristeza vital, llanto ansiedad, irritabilidad, agresividad y susceptibilidad (es vulnerable a enfermedades orgánicas) (Flaherty Channon Davis 1995, Sabanés F.1990).

Neurovegetativos: Disminución de la energía) agitación ó retardo psicomotor, insomnio ó hipersomnio, trastornos del apetito, constipación, variaciones diurnas del estado de ánimo ó humor, disminución de la libido.

Cognoscitivos: Pensamiento obsesivo, circular e impulsos autodestructivos (pensamientos con ideas suicidas) Disminución ó pérdida de la memoria falta de concentración y de atención, presentación en el lenguaje de escasez de palabras (vocabulario), y pérdida de la idea directriz en el curso del pensamiento etc. (Sabanés, F. 1990).

Manifestaciones Psicopáticas: Delirios y alucinaciones (Flaherty Channon Davis ,1995.).

Sociales :Retraimiento social , conducta de aislamiento y soledad, disfunción sociolaboral ,falta de poder adquisitivo (sin trabajo ,jubilado ó pensionado) pérdida de vínculos familiares (enfermedad ó muerte del cónyuge, ,hijos ó amigos) abandono y desprolijidad en su arreglo personal, higiene, vestido (hábitos destrezas de las actividades de la vida diaria).

Los cambios en la tercera edad presuponen un proceso gradual con respecto a su vida anterior considerándose este proceso de pérdidas junto a los rasgos a Francisca Nieves GIMENEZ Tesis para optar a la Licenciatura en Terapia Ocupacional

personalidad de cada anciano y permite que éste se posicione en un determinado lugar que la mayoría de la gente asocia **al Viejo con depresión y muerte y al Joven con vida felicidad y crecimiento.**

Con cierto prejuicio se asocia el envejecimiento con depresión. La incompreensión del entorno favorece la ruptura del geronte con sus esquemas de vida, sumiéndolo en un camino de sufrimiento en su diario vivir.

Epidemiología y Estadística

En un estudio sobre factores de riesgo (Boyd y Weissserman, 1982) detallaron:

a) Síntomas depresivos

Prevalencia: 13 a 20%

FACTORES: mujeres, hombres jóvenes y viejos mayores de 65 años, clase social baja, divorciadas, separados.

b) Depresiones unipolares

Prevalencia: varones 3.2%, mujeres 4 a 9%.

FACTORES: mujeres de 35 a 45 años, historia familiar de alcoholismo y/o adición a drogas, contexto ambiental desfavorable, escasa relación interpersonal. Puede coexistir como complicación posparto después de los seis meses del alumbramiento

c) Depresiones bipolares

Morbilidad: 0,6 a 0,8%

Incidencia: varones 9 a 15 por 1000.000 habitantes/año. Mujeres 7 a 30 por 100.000.hab./ año.

FACTORES: Ligera predominancia en la mujer, historia familiar de trastorno bipolar, primer episodio por debajo de los 50 años en el 80 % de los casos y alto nivel económico.

*Queda de manifiesto que la depresión unipolar es mas frecuente que la bipolar. Hirsfield y Cross (1977) coinciden con la revisión anterior y destacan los llamados “live events” (acontecimientos de vida) en especial pérdidas recientes, considerada por otros autores como **factores** adversos o incidentes, aunque otros niegan su interacción.*

*Respecto al Sexo, citamos la predominancia en las mujeres y estaría relacionado con distintos **factores** (hormonales, psicosociales, y menor resistencia al stress).*

El Estado Civil, otra de las variables, es considerado por diversos autores, (Vallejo Ruiloba, 1995, Taragano F.1998) .como de poca incidencia en los trastornos unipolares.

La Educación, el Nivel Socioeconómico y la Religiosidad, serían variables muy controvertidas por distintos autores, que encuentran estas relaciones como inconsistentes vinculadas a los trastornos depresivos, por la diversidad en los resultados.

El punto de prevalencia de las Depresiones Unipolares determinado por el Research Diagnostic Criteria (RDC) y por el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) es el de 3 % para los hombres y del 5 al 9 % para mujeres .(Vidal y Alarcón), 1955.).

“Un dato para destacar es el estudio realizado en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, en el que el sub-diagnostico de depresión geriátrica, en la primera

consulta clínica, había alcanzado el 81 %, y en la ciudad de Odense (Dinamarca) en 1993 fue aproximadamente el 84 %

Mientras que en 1996 descendió al 70 %, sin embargo siguen siendo valores altos en **atención primaria**” (Taragano y Liketsos, 1998).

3.3 Como hacer un diagnóstico difícil

“Síntomas de Depresión en el paciente anciano”: Mesa redonda sobre “Depresión en la ancianidad” Buttler R.M. y Col. 1997 de la Asociación Americana de Psiquiatría. *Geriatrics* 52:22-27,1997

“Aproximadamente el 15 % de los ancianos que actualmente tienen depresión mayor, nuestros estudios en Institutos Nacionales de Salud (N.H.I.), hace 40 años, fueron similares, alrededor del 17 %.”

Dr.Buttler.(1997)

“Aproximadamente el 15 % de las personas de 65 años o más, tiene depresión mayor. Los factores de riesgo incluyen: pérdidas recientes (Ej. viudez, o mastectomía vivir solo, co- morbilidades (Ej.hipertensión arterial, A.C.V., deficiencia cognitiva) e interacciones farmacológicas que inducen. a la depresión.

Los signos de advertencia de depresión, pueden incluir: pérdida de peso, trastornos del sueño, sentimientos de culpa o irritabilidad, perdida de interés en las respuestas sexuales, cambios en las A.V.D. (Actividades de la vida diaria)

Dres. Buttler.R.M., Cohen G.L., Simmons .Sunderland (1997).

El diagnostico es fácil de omitir si el medico no lo busca (debido a que las personas mayores, frecuentemente no mencionan que se sienten deprimidas.). Sin embargo, la depresión no detectada, puede ser fatal para pacientes ancianos que

tienen altas tasas de suicidio. Los planes de suicidio pueden ser directos o disimulados como “no comer o no tomar la medicación cardiológica “.

“Cuando vemos una persona anciana que no come, no toma los medicamentos adecuadamente, no sale como solía hacerlo, puede haber una depresión no diagnosticada “.

Lic. en T.S.Myrna Lewis (1997).

“Las personas ancianas en general, tienden a subestimar los síntomas de la depresión, atribuyen dichos síntomas a problemas de sueño o fatiga por el envejecimiento.”.

Dr.Buttler(1997).

“Vivir solo no garantiza que van a deprimirse, pero sí aumenta su vulnerabilidad, la soledad puede llevar a la depresión.”

“La depresión puede pasar desapercibida debido a déficit cognitivos e incapacidad de los pacientes para expresar lo que sienten “

Dra.Simmons Clemmons. (1997)

Diagnostico y Controversia en Depresión

Sería difícil distinguir los cambios que produce el envejecimiento normal de la sintomatología de la depresión, lo que queda objetivado por los incontables tipos diferentes de definiciones del termino depresión, debido también a la distinta variedad de clasificaciones (ICD-10, Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la salud, el DSM IV, de la Asociación americana de Psiquiatría y otras, que se han establecido por sus diferentes manifestaciones clínicas

“Seguramente pocos cuadros en psiquiatría, presentan tanta dificultad para su abordaje técnico y práctico, como la ancha franja envuelta en el confuso término Depresión “. (Salvarezza, 1988.)

Es muy difundida la idea de que la solución a los problemas de nosología, es más difícil en psiquiatría que en otros ramos de la medicina. En psicogeriatría la situación se complica por varios factores:

- 1) La superposición de diferentes fases patológicas.
- 2) La dificultad de determinar las normas de la evolución, dado el alto índice de mortalidad.
- 3) La relativa insuficiencia de los conocimientos sobre la etiología de los trastornos mentales en la vejez, según ratificaba un informe de la Organización Mundial de la Salud del Grupo Científico al tratar el problema de los trastornos mentales en la vejez en 1962, informe del que Salvarezza cita en 1998.

“En los estudios sobre error diagnóstico en la demencia, los cuadros depresivos presentan un alto porcentaje.” (Alarcón, Vidal y col. 1978,). En estas condiciones, ante un paciente anciano que manifieste abiertamente un déficit intelectual, cierto grado de descuido personal e interpersonal, así como pocos síntomas afectivos, no es raro que se plantee el diagnóstico de demencia.

“ Es evidente que aun no es posible agrupar en una sola clasificación criterios descriptivos, etológicos y evolutivos, al fin de lograr el máximo de claridad y precisión, se tiende a utilizar exclusivamente criterios descriptivos, en consecuencia a clasificar los trastornos mentales de la vejez, ateniéndose únicamente al cuadro clínico. Creo que en el estado actual de nuestros conocimientos, este último es el más aconsejable, puesto que es el que nos da cuenta de la mayor cantidad de fenómenos que observamos en nuestra práctica diaria”, citaba. Salvarezza en 1998.

III. 3. 4 Diagnóstico Diferencial entre el estado demencial y la Depresión:

La depresión puede ser confundida con el inicio de un estado demencial, encubrirlo, ó acelerarlo por lo que es importante el diagnóstico diferencial .Se puede diferenciar y utilizar como prueba el test Mini examen cognitivo de Folstein en su versión española que presenta una sensibilidad del 87 % y especificidad del 85 % respecto de su validez.

El diagnóstico diferencial es la alternativa al diagnóstico de presunción probable, cuando existen signos y síntomas comunes en diversas enfermedades y antes de arriesgar un diagnóstico cierto se debe analizar profundamente la alternativa posible para obtener el diagnóstico correcto (Sabanés, F.).

*En el trabajo” **Similitudes y diferencias semiológicas entre depresión geriátrica y la demencia con depresión**” de Taragano.F, Allegri.R, Mangone C, Paz.J se describe el diagnóstico diferencial entre demencia y depresión geriátrica, .cuyo resumen y método es el siguiente: Se comparó un total de 61 pacientes con síntomas depresivos y cognitivos ordenados en dos grupos (31 con depresión geriátrica y 30 con Alzheimer).El objetivo y propósito del presente estudio fue evaluar cuales síntomas permitían realizar una mejor diferenciación diagnóstica entre depresión geriátrica ”pseudo demencia” y la demencia tipo Alzheimer.*

En la edad avanzada enfermedades como Depresión Mayor Primaria y Enfermedad de Alzheimer (esta última en las etapas iniciales) pueden presentar similitudes sintomáticas que dificultan el diagnóstico ya que la depresión presenta trastornos cognitivos.

En la .Depresión geriátrica, en personas de edad avanzada esta depresión puede manifestarse con intensos síntomas cognitivos, como los problemas en la memoria, el trastorno atencional y la alteración disejecutiva. Es por ello que a principios de siglo (1906), Wernicke señaló que dichos síntomas cognitivos podían simular un síndrome demencial.

En general se estima que entre el 10% al 20% de los pacientes con depresión geriátrica presentan dificultades semiológicas cognitivas, cifra que crece hasta el 60% en la edad avanzada. Por este motivo la duda diagnóstica entre depresión y demencia es frecuente en la etapa de la vejez.

Las alteraciones cognitivas que se registran en la depresión geriátrica (pobres estrategias en el aprendizaje, alteración de la atención y del proceso de búsqueda del anagrama mnesico, dificultad en la toma de decisiones, etc.) todas ellas hacen dificultoso el diagnóstico diferencial con la demencia de tipo cortical.

Kiloh hacia la década del sesenta especificó que “cuando la depresión presenta semiológica cognitiva “pseudo demencia”, puede simular un cuadro demencial” tomando difícil el diagnóstico diferencial con la Enfermedad de Alzheimer.

Uno de las principales diferencias es que en la depresión los trastornos cognitivos revierten o disminuyen al tratar a los pacientes con antidepresivos y en cambio en la enfermedad de Alzheimer estos no actúan ó lo hacen muy poco sobre la cognición.

Si bien es cierto que la mayoría de las veces la “pseudodemencia” se debe a depresión, hay que recordar que en ocasiones los trastornos afectivos-cognitivos en un paciente de más de 60 años son el modo del inicio de la enfermedad de Alzheimer. El autor Alexopoulos, .G ha estudiado y formulado

consideraciones como que, “La enfermedad depresiva que se inicia luego de los 60 años tiene mayor prevalencia de “transformación” hacia la demencia que en aquellos pacientes que iniciaron depresión en edades tempranas”.

Young, Alexopoulos y Cummings entre otros autores, realizaron estudios comparativos entre ambas patologías que cambiaron la habitual manera de interpretar a la “pseudodemencia” como un trastorno benigno de la depresión por otra visión en la que se sugiere que dicho cuadro puede ser un marcador temprano de demencia progresiva

.Como conclusiones los autores de este trabajo refieren que el aumento de la población senescente en la Argentina y la dificultad diagnóstica que plantean la depresión y la demencia en la edad avanzada, registran en este estudio que las quejas espontáneas de deterioro cognitivo y las manifestaciones espontáneas de culpa son estadísticamente más frecuentes en la depresión geriátrica, sin embargo estos síntomas se pueden inducir en la demencia Alzheimer, por lo que se debe prestar atención para no diagnosticar solamente depresión en un paciente que en el fondo puede estar desarrollando dicha demencia.

Todos lo citado respecto de la dificultad diagnóstica entre depresión geriátrica y demencia en la edad avanzada, da fundamento a la realización del presente estudio. Por lo tanto, En los pacientes ancianos que consultan por su cuenta o son llevados por familiares, es muy importante detectar si hay un síndrome depresivo condicionante o agravante. Un diagnóstico adverso de demencia podrá evitarse si se puede establecer que lo que sufre el paciente es un síndrome depresivo, que puede ser tratado y mejorado francamente.

Algunos detalles del examen clínico serán útiles en este diagnóstico diferencial Se exponen en el siguiente cuadro modificado de Grossberg y Nakra, en

“Semiología del sistema nervioso” Síndromes cognitivos Fustinoni.O y col, 426-431-
 .XII edición El Ateneo. 1988.

Pseudo demencia por depresión	Demencia
<i>Comienzo mas o menos preciso en el tiempo</i>	<i>Comienza insidioso, vago</i>
<i>Trauma psíquico desencadenante o agravante</i>	<i>No hay trauma psíquico</i>
<i>Antecedentes psiquiátricos</i>	<i>No hay antecedentes psiquiátricos</i>
<i>Progresión rápida</i>	<i>Progresión lenta</i>
<i>El paciente se queja de sus trastornos cognitivos</i>	<i>El paciente no se queja de sus trastornos cognitivos</i>
<i>Ansiedad por su estado</i>	<i>Despreocupación</i>
<i>El paciente responde típicamente “no se” a la evaluación cognitiva</i>	<i>Respuesta con errores a la evaluación cognitiva</i>
<i>Memorias reciente y remota igualmente afectadas</i>	<i>Predomina la amnesia reciente</i>
<i>Rendimiento variable en pruebas de igual dificultad</i>	<i>Rendimiento pobre y constante en estas pruebas</i>

III 3.5 LOS TRASTORNOS DEL ÁNIMO

Los conceptos que a continuación se describen han sido publicados en los boletines de la escuela de medicina y el profesorado del departamento de psiquiatría de la Universidad Pontificia católica de Chile y ubicados por vía Internet.

“Los trastornos del ánimo se pueden manifestar a través de las emociones (sentimientos ó sensaciones subjetivas), la conducta (actitudes ó formas de actuar en la vida cotidiana), y el funcionamiento neurovegetativo (funciones y ritmos biológicos básicos)”

En años recientes las distintas corrientes de psiquiatría alcanzaron un consenso importante que se han ido plasmando en los rigurosos sistemas actuales, como el del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSMIV), y Clasificación Internacional de Enfermedades, ICD-10

Ánimo, afecto y episodio maniaco

El ánimo es el estado mantenido de emociones internas de una persona. Afecto es la expresión externa con cierto contenido emocional en un momento dado. Es normal que una persona experimente un amplio rango de ánimos y afectos, respondiendo a condiciones internas y externas .En general la persona tiene capacidad para el control de sus manifestaciones pero, cuando el ánimo se altera y se produce un episodio anímico, hay una pérdida de ese control y aparece aflicción subjetiva, alteraciones neurovegetativas, y cambios persistentes en la capacidad funcional del individuo. En general después retorna a su normalidad anímica superando el episodio.

La tristeza durante un duelo ó la aflicción subjetiva en momentos difíciles ó de cambios, no constituyen enfermedad. Los estados de ánimo representan un grupo de enfermedades sindromáticas, recurrentes, heredables, y tratables con tratamientos somáticos, que se obtienen con la asociación del tratamiento psicoterapéutico. Un episodio anímico puede ser patológico (episodios de manía e hipomanía) ó de caída ó disminución patológica del ánimo (episodio depresivo mayor). La naturaleza del episodio presente y la de eventuales episodios anímicos previos, determinan que tipo de trastorno del ánimo sufre un individuo.

El episodio depresivo se manifiesta con: sintomatología emocional (ánimo deprimido, triste), conductuales (desde agitación psicomotora hasta inmovilización total) vegetativos (problemas del sueño, apetito y otros).

La persistencia del síndrome puede llevar al retraimiento social, disminución en el interés de la actividad normal y de la productividad, llegando la persona a tener un abandono de sí mismo en forma total, en los casos más severos. Los síntomas depresivos se pueden encontrar enmascarados por dolores crónicos (quejas que no tienen explicación orgánica).

Entre los episodios depresivos se encuentran los siguientes: Episodio depresivo mayor, trastorno dístimico, y episodio maniforme. Un episodio patológico del ánimo se manifiesta con síntomas emocionales, conductuales, (lenguaje y conductas) y vegetativos. Episodio maníaco, hipomaníaco, y mixtos. En sus formas clínicas los trastornos del ánimo se dividen en depresión, y trastornos bipolares (maníaco-depresivos).

Respecto a la etiología de los trastornos de ánimo no es conocida, pero hoy hay abundante información que muestran que en la génesis de los mismos participan factores biológicos, psicosociales ambientales y que hay interacción entre ellos., que además actúan en la vida de cada persona afectada ,condicionando la aparición de episodios anímicos específicos en diferentes momentos de la vida Hay además otros aspectos descritos en las clasificaciones que ya fueron detallados en otros trabajos. Hay aspectos biológicos (factores genéticos, neuroquímicos, neuroendocrinos, neurológicos-conductuales) Aspectos psicosociales (enfoques psico-dinámicos etc.).

El diagnóstico de un trastorno del ánimo requiere de la identificación de los estados anímicos los que se pueden presentar nítidamente como una elevación ó caída patológica del ánimo entremezclado con irritabilidad y ansiedad. No se describen los trastornos bipolares y el trastorno de depresión mayor que ha sido ya considerado en las descripciones anteriores. Los trastornos secundarios del ánimo es otra sub-clasificación que los divide en primarios y secundarios. Se clasifican

como secundarios cuando la alteración anímica es producto de efectos fisiológicos de una enfermedad médica no psiquiátrica y cuando son inducidos por una sustancia (droga, medicamento, tóxicos etc.)

Las enfermedades que pueden causar alteraciones anímicas son muchas. Pueden ser neurológicas degenerativas, vasculares, metabólicas, endocrinas, cuadros infecciosos, y algunos tipos de cáncer. Los trastornos de ánimo debidos a enfermedad médica de tipo depresivo tienen un riesgo suicida particularmente alto, especialmente en enfermedades crónicas, incurables y dolorosas.

En cuanto al tratamiento y los criterios de derivación el mejor conocimiento de la evolución de los trastornos de ánimo se ha desplazado hacia la detección precoz, la intervención terapéutica, el tratamiento de mantención, y la prevención de recaídas. Este enfoque busca optimizar la calidad de vida del afectado a largo plazo. Dr.Bitrán Colodro, José (Univ.Cat .de. Chile.) (Publicaciones Posgrado-Vol.24 N 2 1995).

III.6 SOLEDAD, AISLAMIENTO Y DEPRESION GERIÁTRICA

El sentimiento de soledad da cuenta del estado del individuo a quien le niegan los contactos ó relaciones significativas. Habría dos tipos de sentimientos de soledad: uno sería consecuencia del aislamiento social y el segundo tendría al aislamiento afectivo como origen. (Weiss 1903).

El aislamiento social es un concepto que describe la situación objetiva en la que se encuentra quien está separado de su entorno y de la sociedad. El sentimiento de soledad asociado al aislamiento social se manifestaría principalmente por laxitud, en tanto que el otro, afectivo culminaría en tristeza y depresión.

El tema de las relaciones sociales y del aislamiento es complejo. De acuerdo a lo citado en toda la bibliografía, el sostén social y el aislamiento incluyen estructuras tales como las relaciones personales, la familia, y la amistad, el cuidado, la comunidad y el vecindario, los grupos de pares, el contexto vital y la estratificación por edad.

Dichos estudios concluyen equiparando este concepto de soledad física, como una antesala de la depresión, que constituye uno más de los mitos, cuyo conjunto configura el “ageism”, termino anglosajón que no tendría traducción, pero Salvarezza lo define como “el viejismo”, siendo entonces el viejismo “como a los prejuicios y los estereotipos .que son atribuidos a los viejos por el hecho de su edad”. Al envejecer la gente puede ganar o perder parte de sí mismo, en tanto que con el viejismo la gente se va adaptando a algo que es siempre inferior (Cooper, 1986.) (Perkins, 1992)

Se han realizado importantes debates científicos acerca de la soledad en los viejos, sobretodo en esta ultima etapa de la vida.

. Cuando aparece la industrialización hacia fines del siglo XIX, se fragmenta la sociedad y la gerontología social deduce que la modernización de la sociedad occidental conduce a la marginación de los mayores. A partir de los recursos sociales, se encontró que la contribución de los eventos traumáticos y estresantes de la vida, “life events” (ej: pérdidas), se moderan con el apoyo social, especialmente con fuertes vínculos sociales.

La relación entre apoyo social, evento de vida y depresión, ha sido evaluada en otros trabajos y han concluido que “los apoyos sociales reducen directamente la depresión en los viejos y moderan además la tendencia de ciertos acontecimientos de la vida estresantes que la aumentan” citan Lin y col. (1986).

El concepto de viejismo se encuentra instalado en nuestra sociedad y supone la transmisión de valores, creencias, mitos negativos, que van de generación en generación, originados en el hogar durante las primeras etapas del proceso de socialización primaria. Si se cree en la marginalidad del viejo, damos importancia a los que viven solos ó en pareja. “El hecho de vivir solo no significa que esta socialmente aislado, si se tienen contacto con otras personas.” (Andrés H. Gastrón, L y Vujosevich, J. (1980) .

Contenido del pensamiento depresivo y suicidio

Los pensamientos del individuo depresivo se caracterizan esencialmente por su pesimismo total. Se considera incapaz y se auto-reprocha continuamente su pasado y su presente. Dos de sus temas frecuentes son el suicidio y la muerte .En general en este tipo de pacientes se da la tendencia a rumiar y a cavilar en torno a un solo tema: su enfermedad. Se preguntan si seguirán así toda la vida ó si vale la pena vivir. De ahí que la muerte y el suicidio sean en ellos temas recurrentes. Buscan errores del pasado que justifiquen su situación actual. (Sabanés 1990). Con respecto a su pensamiento, los contenidos de tonalidad negativa y la lentitud (bradipsiquia) procesos melancólicos, tristes, deprimidos, “cambian la idea directriz que lo lleva a una rigidez en el pensamiento, provocando perturbaciones en su actividad normal para quedar sujeto a un planteo determinado y relacionado con problemas de personalidad” Betta, J. (1969).

Las vivencias de desánimo e incapacidad ocupan el pensamiento de estos enfermos, vivencias que en casos graves pueden asociarse a ideas delirantes, cuyo contenido gira alrededor de la culpa .La tendencia a los auto-reproches, la agresividad, hacia sí mismo provoca sentimientos de culpabilidad y desesperanza que pueden en un momento crítico llevarlo al suicidio. “El suicidio representa la mortalidad de la enfermedad depresiva”. (Vidal Alarcón y col. 1988) Esta es una de

las situaciones en que los pacientes deben ser hospitalizados para su tratamiento como medida preventiva,

Todos estos aspectos de las características biosicosociales citadas, representan a la expresión típica de la depresión en la ancianidad.

III. 3. 7. PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA DEPRESIÓN

La utilización de los medios de comunicación masiva ha permitido la divulgación de la prevención primaria en lo que se refiere a la enfermedad depresiva. Es importante recordar que las depresiones en el anciano cuando son tratadas correctamente evolucionan favorablemente, especialmente en sus formas más simples. Por el contrario, en ausencia de un adecuado diagnóstico y tratamiento, puede complicarse con trastornos somáticos, sobre todo de tipo metabólico o cardiovascular, con el consiguiente riesgo vital para el paciente anciano.

*.La **prevención primaria** se refiere a la disminución de incidencia y frecuencia de la depresión en la población en general y en este caso en la vejez con un diagnóstico precoz y efectivo. Solo es posible cuando los profesionales de la salud conozcan la enfermedad, la sepan reconocer y se apliquen las medidas en la forma más inmediata y correcta posible .El conocimiento previo se refiere a las causas , las características y consecuencias de la enfermedad por medio de la concientización, sensibilización, información y difusión adecuada El diagnóstico precoz es importante ya que muchas personas deprimidas sufren sin saberlo lo cual retarda el diagnóstico y por lo tanto su tratamiento. La aplicación del tratamiento farmacológico (atención secundaria) resulta insustituible porque su aplicación como*

en otras enfermedades depende de su diagnóstico y el tipo de depresión. .Se deben eliminar las dudas, ideas falsas ó prejuicios sobre la depresión, privando de ésa manera a la persona de su tratamiento. La base es el diagnóstico adecuado y precoz por el profesional especializado y disponer de las terapias eficaces para el tratamiento .Se debe tener en cuenta la calidad de vida de un anciano que esté afectado internado ó institucionalizado. Todo ello supone que habría menos costos sanitarios.

Al desconocerse la sintomatología no acuden al profesional especialista adecuado, solicitando que lo atiendan por sus dolencias físicas, que pueden enmascarar la verdadera enfermedad La depresión en los próximos veinte años se convertirá en el segundo problema de salud mundial después de las enfermedades cardiovasculares. En Argentina se calcula que un 15 % de la población sufre depresión. .El mayor problema en el caso de los ancianos es que no reciben la atención adecuada ni tampoco con respecto a la población en general.

Prevención Secundaria de la Depresión: *El paciente anciano puede solicitar que lo atiendan por sus dolencias físicas que pueden presentarse enmascarando la verdadera enfermedad .La depresión tiende a la cronicidad. Los tratamientos en geriatría se mantienen hasta un año y medio después de haberse presentado el primer episodio depresivo, pero hoy se sabe que tiene que tener una mantención del tratamiento durante cinco años aproximadamente y dependiendo de las características personales del anciano y el tipo de depresión que se trate .*

Una vez .que su tratamiento farmacológico ó psicoterapéutico se ha cumplido y ha mejorado, se sugieren consejos ó modos de vida que consisten en la reanudación de responsabilidades personales en forma lenta y gradual, cumplir con los tratamientos, reuniones periódicas con su médico especialista, su psicólogo y

terapeutas, realizar una dieta equilibrada, adecuada al caso en particular y hacer ejercicio físico.

Prevención Primaria desde Terapia Ocupacional. .. .

El concepto de prevención primaria (que proviene del latín *preventio*) y del (latín *primarius*) consiste en las acciones y precauciones que se ejercen para evitar los riesgos conociendo anticipadamente sobre las cosas que han de suceder y preparar, disponer, informar, advertir con una finalidad determinada.

“La función de los programas de promoción de salud permite la intervención del Terapeuta ocupacional para participar en la elaboración, planificación, evaluación y planes de programas gerontológicos que se dirigen **preventivamente** hacia la salud, potencialidad y bienestar de la vejez”. (C. Miranda, 1996.)

Es por eso que se destaca, entonces, la importancia de la prevención primaria y secundaria de la depresión geriátrica.

Se sabe respecto a su etiología que es una enfermedad multifactorial. La enfermedad resulta de la conjunción heterogénea y diversificada de distintos factores que actúan en cada anciano en particular. Cada anciano es diferente y envejece de acuerdo a lo que vivió.

La incidencia de los factores depende del tipo de envejecimiento y la personalidad de cada anciano. La **prevención primaria** se basará en el diagnóstico precoz por el profesional adecuado y donde el Terapeuta ocupacional colaborará junto con el equipo interdisciplinario; asimismo, la identificación de los factores determinantes permitirá ubicar a los grupos de ancianos vulnerables, de riesgo con esta problemática, y a partir de allí el desarrollo de las medidas preventivas, hacia el anciano que se encuentra transitando por la última etapa de su ciclo vital en la vida.

De acuerdo a la forma y calidad de los mecanismos psicológicos que ponga en juego al entrar en el proceso de envejecimiento (cambios, transformaciones, crisis, angustia, duelos, pérdidas) conformará una etapa compleja y particular y es donde podría instalarse el proceso de la enfermedad depresiva.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

IV. ASPECTOS METODOLOGICOS

1) **Tema:** “Depresión en la ancianidad” “Los factores que inciden en la aparición de depresión en los ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino de Mar del Plata.

2) **Formulación del problema:** ¿Que factores inciden, para generar cambios negativos en el estado de ánimo de los gerontes institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino (IGSA) de Mar del Plata ,en el período de enero a agosto del 2001,y a su vez determinen depresión en los mismos?

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Conocer qué factores influyen para generar estados depresivos en la gente mayor institucionalizada en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino.

Objetivos Específicos:

a) Determinar si la edad, sexo, el estado civil (viudez) en el anciano encuestado, actúan como factores incidentes.

b) Establecer en la configuración familiar del anciano, si la contención de apoyo afectivo y / o social de familiares y/u otros es un factor de protección.

c) Determinar el nivel participativo en la actividad programada de Terapia Ocupacional en ancianos institucionalizados y su incidencia en los cambios de estado de ánimo.

IV 3 TIPO DE DISEÑO Y DE ESTUDIO DE INVESTIGACION

Corresponde al Exploratorio descriptivo, con corte transversal Prospectivo, no experimental.

IV.4 AREA DE ESTUDIO

Este estudio se lleva a cabo en la ciudad de Mar del Plata en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino en el área de Terapia Ocupacional, durante los meses de enero a agosto de 2001

POBLACION Y MUESTRA

El grupo de estudio esta compuesto por una población de 73 ancianos con edades comprendidas de 60 a 90 años La muestra se compone de un grupo de 30 unidades de análisis que respondieron al cuestionario GDS (Escala de depresión Geriátrica) de Yesavage, seleccionados según el método no probabilístico, accidental ó por conveniencia, utilizando criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIO DE INCLUSION

Ancianos residentes de la institución (IGSA) durante el periodo de enero a agosto de 2001 sin deterioro cognitivo aptos para el estudio según datos de Mini mental Folstein (MMSF)

CRITERIO DE EXCLUSION

Se excluyeron a los ancianos que se encontraban imposibilitados de contestar la encuesta debido a estadios avanzados de su enfermedad (deterioro cognitivo, demencia, otros) en función de diagnostico médico.

IV.5 VARIABLES y su DIMENSIONAMIENTO

Se consideraron en la muestra las siguientes variables:

a) Datos sociodemográficos EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL (VIUDEZ)

b) CONTENSION AFECTIVA FAMILIAR Y O SOCIAL

c) PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE TERAPIA OCUPACIONAL

d) CAMBIOS DEL ESTADO DE ANIMO

El factor económico no se tuvo en cuenta porque todos los ancianos no trabajaban, y estaban jubilados ó pensionados. Es una característica de homogeneidad, y constante ya que todos tenían la misma situación, su dinero era manejado por sus familiares.

Asimismo, la institucionalización en los ancianos que podría considerarse como otra de las variables independientes, no se tuvo en cuenta ya que todos los integrantes de la muestra residían en forma constante en la institución. Se considera también una constante para este estudio.

❖ EDAD:

Variable independiente.

Definición Conceptual:

Tiempo que vive una persona desde que nació .Variable cuantitativa con nivel de medición en escala de razón.

Definición operacional:

Se expresa en número de años que tiene la persona y se agrupa por décadas para su operalización 61 a 70, 71 a 80, 81 a 90.

❖ **SEXO:**

Variable Independiente

Definición Conceptual:

Del latín “sexus”, Condición que distingue en una especie, dos tipos de individuos que desempeñan distinto papel en la reproducción. Estadísticamente es una variable cualitativa nominal dicotómica.

Definición Operacional:

Se clasifica en dos categorías: masculino - femenino

❖ **VIUDEZ**

Variable independiente

Definición Conceptual:

Es la situación en que se encuentra una persona a quien se le ha fallecido su cónyuge Es una variable cualitativa nominal y estadísticamente una característica sociodemográfica dicotómica, en el presente estudio ya que si bien se la puede clasificar en diversas categorías como viudo con ó sin pareja, viudo que se le ha fallecido el cónyuge, etc. En este estudio es el estado de viudez que consideramos relevante por la significación de la pérdida y la edad del anciano...

Definición operacional: VIUDEZ: SI/NO:

Los datos se extraen de las Historias Clínicas.

❖ **CAMBIOS DE ESTADO DE ÁNIMO**

Variable principal

Definición Conceptual:

“El estado de ánimo es una manifestación de diferente índole e intensidad en el humor habitual de una persona. Los cambios son provocados por diversos factores externos e internos ambientales, culturales, sociales y psicofísicos” Clasificación Internacional de enfermedades mentales y del comportamiento (O.M.S., 1998)

Su trastorno consiste en una alteración del humor ó de la afectividad, que tiende a la depresión con ó sin ansiedad concomitante ó a la euforia. El cambio de humor se acompaña habitualmente de modificaciones en el nivel general de actividad y la mayor parte de los demás síntomas son secundarios a esos cambios de ánimo y de la actividad ó bien son fácilmente explicables en el contexto de los mismos. “La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y a menudo el comienzo de cada episodio se relaciona con sucesos ó situaciones generadoras de estrés”. (Betta, 1977.)

Definición Operacional: Cualitativa, ordinal y policotómica.

Se valoriza en las siguientes categorías:

- I. Sin cambios anímicos**
- II. Cambios Leves ó Moderados**
- III. Cambios ó trastornos graves**

Sin cambios anímicos ancianos que no presentan alteraciones en su estado de ánimo.

En el **cambio leve** el anciano está tenso pero fundamentalmente estará apto para continuar con la mayoría de las actividades.

En los **cambios moderados** el anciano probablemente tenga dificultad para continuar realizando su actividad ordinaria.

En los **cambios graves** el anciano sufre un decaimiento anímico importante, está sin energía, sin actividad, interés, etc. Se aísla totalmente, no participa ni colabora., con presencia de sintomatología clínica. Es un paciente con acceso al área psiquiátrica para su tratamiento específico.

La categoría I se relaciona con el baremo 0 - 4 puntos de la Escala GDS (Cuestionario Yesavage abreviado), correspondiente a los ancianos normales, **sin cambios de ánimo**

La categoría II se relaciona con el baremo 5 - 10 puntos que indica ancianos con **cambios de estados leves ó moderados** del GDS

La categoría III se relaciona operacionalmente con el valor de más de 10 puntos indicativo de **cambios de estados anímicos graves** sugestivos de depresión grave (ya instalada)

❖ **CONTENSION AFECTIVA FAMILIAR Y/ O SOCIAL**

Variable independiente

Definición conceptual:

Relación afectiva y/ o social que tiene una persona con su familia directa y o medio social en el que se ha interactuado. Se conduce con maduración y templanza, estar contenido afectivamente, es estar satisfecho y con estado de ánimo contento con su familiares y con el medio social a través del tiempo en años, determinado por las experiencias de vida, interacción y conducta de familiares, hijos hermanos, amigos, relaciones sociales y personales. etc.

Definición Operacional Conceptual, dicotómica

Ha sido valorizada y agrupada en las categorías SI-NO

SI: Contenido positivamente

Categoría SI: Se valora si la familia del anciano internado (hijos, hermanos, nietos, etc.) lo visitan frecuentemente en el lugar, comparten salidas recreativas , cumpleaños, que se festejan con sus pares , acompañan a sus diligencias personales (cobro de haberes jubilatorios, visita al médico etc.) Reciben visitas de sus amigos, algunos de ellos pueden tener una persona que los frecuente porque se ha hecho responsable de él. Recibe llamadas telefónicas de familiares o amigos a distancia

NO: No contenido

Categoría NO: El valor es negativo pues el anciano no posee ningún tipo de relación afectiva y o social. Hay soledad afectiva completa.

❖ NIVEL DE PARTICIPACION EN ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE TERAPIA OCUPACIONAL

Variable Independiente

Definición Conceptual:

Conjunto de acciones que se realizan desde la disciplina a través de un proceso con fines terapéuticos siendo programadas con un encuadre en tiempo y espacio, horarios determinados y roles específicos. La selección de las actividades surgió de las inquietudes de la población de ese lugar, teniendo en cuenta sus intereses .Las actividades se agruparon y organizaron en talleres con objetivos precisos, específicos y generales que a continuación se detallan:

❖ Taller de estimulación psicomotriz

❖ Taller de memoria (estimulación de funciones intelectuales)

- ❖ Taller de actividades socio recreativas (canto y baile)
- ❖ Taller de teatro de títeres
- ❖ Taller de libre expresión
- ❖ Salidas socio recreativas, festejos patrios, aniversarios, cumpleaños, festejos de la institución

.Se evaluó el nivel de participación en las actividades de los talleres y como valores para la medición de esta variable se enumeran de 1 a 3.

1) Participa en todas

***Participa activamente**, con agrado **de todas** las actividades propuestas de Terapia ocupacional y de los eventos y actividades de la institución. (Talleres, salidas recreativas, festejos, cumpleaños etc.) Los ancianos muestran interés, motivación, las relaciones sociales entre pares son positivas.*

2) Participa en algunas

***.Participa en algunos** eventos, salidas y festejos de la institución pero no frecuenta los talleres, no se relaciona fácilmente con sus pares*

.3) No participa:

*El anciano **no tiene ninguna participación** en las actividades de Terapia Ocupacional .Permanece aislado, solo, y a veces ni siquiera se presenta en la sala comedor y es atendido en su habitación. Presenta excusas ó quejas generalmente físicas para no participar ni frecuentar a nadie.*

DIMENSIONAMIENTO DE LAS VARIABLES
Agrupamiento aleatorio

Factores que	<i>Edad</i>	años	61 a 70
		“	71 a 80
		“	81 a 90
inciden en los	<i>Sexo</i>		Masculino
			Femenino
cambios de estado	<i>Estado civil (Viudez)</i>		Si
			No
de ánimo en los ancianos	<i>Contención familiar y/o Social</i>		Si
			No
Institucionalizados	<i>Nivel de participación en Actividades programadas de Terapia Ocupacional</i>	1)	Participa en todas
		2)	“ en algunas
En el Instituto. Geriátrico Suizo -Argentino		3)	No participa
Y su vez	<i>Cambios del estado De ánimo</i>	a)	sin cambios anímicos
		b)	cambios leves
		c)	cambios graves
Determinan la Aparición de depresión			
En los Mismos			

IV 6 METODOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Fuente Primaria (GDS)

Se realizó una entrevista estructurada utilizando el cuestionario del formulario GDS Geriatric Depression Scale (Escala de depresión geriátrica) de Yesavage para evaluar el estado anímico que determina depresión en el anciano encuestado. Dicha escala arroja los siguientes posibles resultados:

*0-4 puntos NO-DEPRESIVO-Ancianos normales- **sin cambios** en su estado de ánimo-*

*5-10 puntos PRE-DEPRESIVO- Ancianos con **cambios leves ó moderados,***

*Más de 10 puntos SUGESTIVOS DE DEPRESION (ya establecida) ó **cambios graves.***

Evaluación de instrumentos de autoinforme

Técnica de medición de la Escala Geriatric Depression Scale(GDS).Escala de Depresión Geriátrica.

Yesavage confeccionó un cuestionario en 1982 con 30 ítems originariamente, que luego redujo a 15 en 1987 para evaluar estados depresivos, este último es el que se utiliza en la presente investigación.

Toma respuestas dicotómicas del tipo SI-NO, cerradas ó de alternativa fija, a las 15 preguntas estableciendo el baremo de puntos. Jerome Yesavage es médico psiquiatra, neurólogo y filósofo .Se desempeña como profesor en la Universidad de Stanford (EE.UU.). La abreviación del GDS la realizó en 1987 y fue aprobada por la A.N.A. (American Neurology Association)

Respecto al contenido de la escala, las preguntas se refieren a los estados anímicos para detectar cambios moderados y graves que determinen depresión ó no.

Se refieren al pensamiento individual con respecto a un balance de su vida abarcando aspectos afectivos, energía personal, vitalidad, aspectos espirituales) aislamiento, soledad, irritabilidad, problemas cognitivos, (memoria, juicios negativos, pensamientos angustiosos), situación actual, impotencia etc. Esta escala es un instrumento de elección en la exploración para valorar a los pacientes ancianos.

Tiene como ventaja que no se centra en molestias físicas sino en aspectos directamente relacionados con los estados de ánimo. Consta de 15 preguntas afirmativas y negativas de su forma abreviada, para evitar el cansancio y la disminución de la concentración en paciente anciano mayor. Se necesitan 5 minutos para cumplimentarla y el paciente podría hacerlo solo. Se usa además en conjunción con otros datos porque pueden aparecer falsos positivos. Respecto al marco y tiempo de referencia fue realizado como una entrevista semiestructurada individual a cada anciano en el instituto durante el transcurso de la práctica clínica y el cuestionario, fue referido a como se sentía desde hacía una semana atrás.

Fuente Secundaria

Recopilación Documental

Se tomó información de:

❖ *-Historias Clínicas de cada paciente (datos sociodemográficos, estado actual al ingreso)-*

❖ *Datos informados por el médico especialista en Gerontología y Geriatria (estado mental al ingreso, diagnóstico presuntivo, tipo de medicación etc.)*

❖ *Área de trabajo social (información por la Lic.en Trabajo Social sobre historia familiar y social: conductas afectivas, contención en la internación, frecuencia de visitas, inter-relación) encontrados en las historias clínicas.*

RESULTADOS

IV.7 PRESENTACION DE LA MUESTRA Y ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

El presente estudio fue realizado sobre una muestra 30 ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino entre enero – agosto del año 2001, en Mar del Plata, periodo en el cual se llevó a cabo una experiencia de campo desde Terapia Ocupacional.

La población estudiada poseían edades comprendidas entre los 61 y 90 años, siendo el promedio de las edades de 75.6 años. Ninguno de ellos presentó deterioro cognitivo.

TABLA N° 1: Sexo de los ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino, de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo enero - agosto del año 2001.

Sexo	N°	%
Femenino	22	73.3
Masculino	8	26.7
TOTAL	30	100

FUENTE: Elaboración Propia.

La muestra estuvo conformada por 22 pacientes de sexo femenino (73.3%) y 8 ancianos de sexo masculino (26.7%). Esta situación es coincidente con lo encontrado en la población total de la institución, la cual presentaba una prevalencia importante de mujeres.

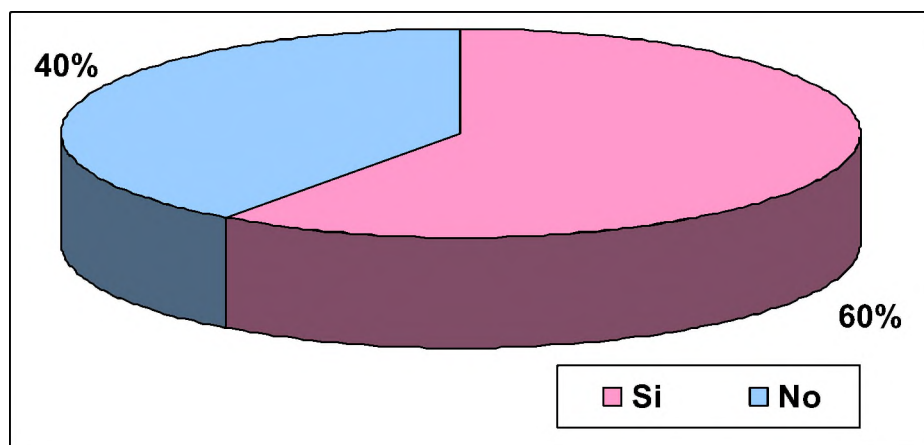


GRAFICO N° 1: Viudez de los ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino, de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo enero - agosto del año 2001.

FUENTE: Elaboración Propia.

Del total de ancianos estudiados, se observa que el 60% de los mismos eran viudos, mientras que el porcentaje restante (40%) no lo eran.

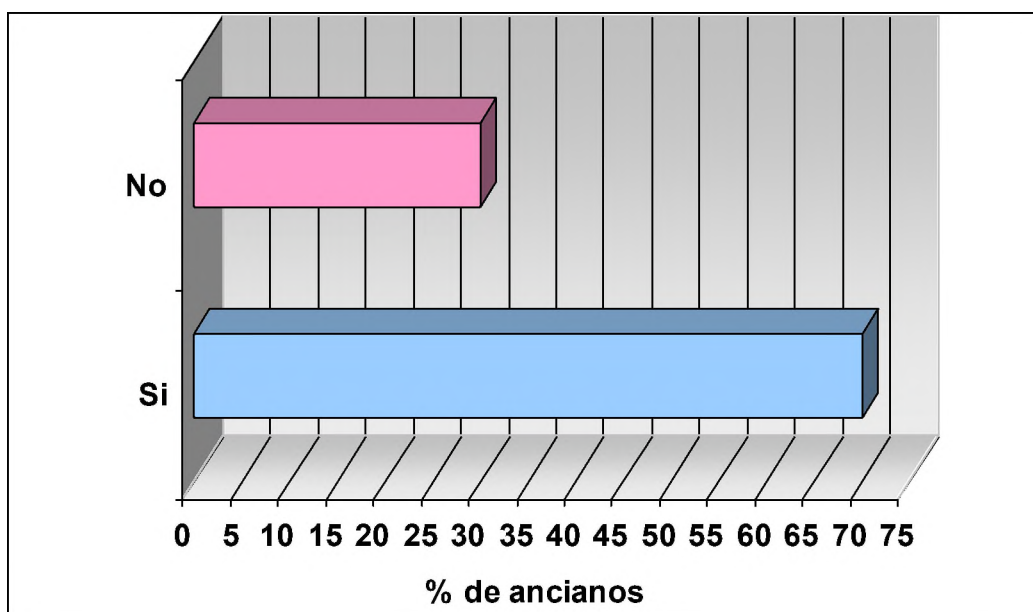


GRAFICO N° 2: Contención Afectiva Familiar y/o Social de los ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino, de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo enero - agosto del año 2001.

FUENTE: Elaboración Propia.

En el gráfico superior se puede visualizar que el 70% de los ancianos estaban contenidos familiar y/o socialmente, mientras que el 30% de los mismos no eran contenidos afectivamente.

TABLA N° 2: Nivel de Participación en Actividades Programadas de Terapia Ocupacional en ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino, de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo enero - agosto del año 2001.

<i>Nivel de Participación en Actividades Programadas de TO</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Participó en Todas</i>	<i>11</i>	<i>36.7</i>
<i>Participó en Algunas</i>	<i>10</i>	<i>33.3</i>
<i>No participó</i>	<i>9</i>	<i>30</i>
<i>TOTAL</i>	<i>30</i>	<i>100</i>

FUENTE: Elaboración Propia.

En la tabla N° 2, se puede observar que las proporciones de ancianos en los distintos niveles de participación en las actividades programadas de Terapia Ocupacional fueron similares entre sí. Es decir que el 36.6% de los ancianos participó en todas las actividades, el 33.3% solo en algunas de ellas y el 30% de ellos en ninguno de los talleres.

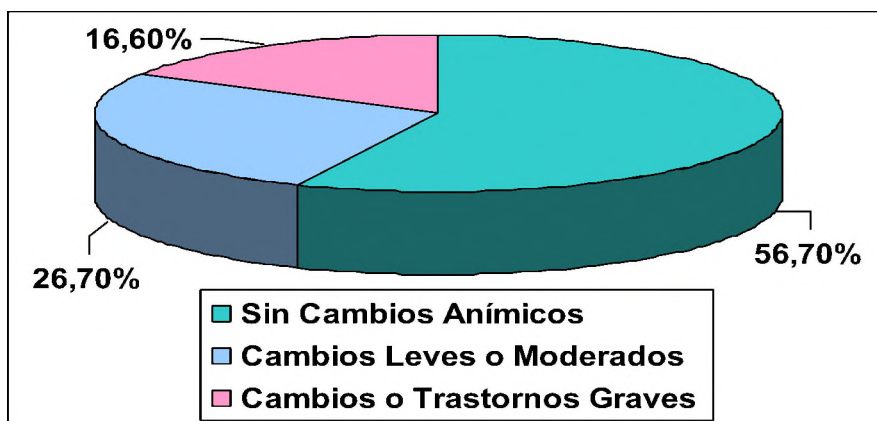


GRAFICO N° 3: Cambios de Estado de Animo en ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino, de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo enero - agosto del año 2001.

FUENTE: Elaboración Propia.

En el grafico N° 3, se observa que el 56.7% de los ancianos estudiados no presentaron cambios en el estado de animo, mientras que el 26.7% de los mismos mostró cambios leves o moderados. El 16.7% de los evaluados tuvo trastornos graves .Los puntajes obtenidos por los ancianos categorizados como sin cambios anímicos estuvieron comprendidos entre 0 y 4 puntos, los que fueron agrupados como con cambios leves o moderados obtuvieron puntajes entre 5 y 10 puntos mientras que el grupo de ancianos con trastornos graves obtuvo entre 11 y 12 puntos. .

TABLA N° 3: Cambios de Estado de Animo según edad, en ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino, de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo enero - agosto del año 2001.

<i>Edad (años)</i>	<i>Cambios en el Estado de Animo</i>						<i>Total</i>
	<i>Sin Cambios Anímicos</i>		<i>Cambios Leves o Moderados</i>		<i>Cambios o Trastornos Graves</i>		
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	
<i>61 – 70</i>	3	37,5	3	37,5	2	25	8
<i>71 – 80</i>	9	60	3	20	3	20	15
<i>81 – 90</i>	5	71,4	2	28,6	0	0	7
<i>Total</i>	17	56,6	8	26,7	5	16,7	30

FUENTE: Elaboración Propia.

En la tabla anterior, se puede observar que el 37.5% de los pacientes tenían entre 61 y 70 años y no tuvieron cambios anímicos, mientras que un porcentaje similar de ancianos de la misma edad, tuvo cambios moderados o leves. Entre estos mismos grupos etáreos se encontró un 25% de pacientes con trastornos graves.

Asimismo, se visualiza que el 60% de los estudiados tuvo entre 71 y 80 años y no presentó modificaciones anímicas, mientras que el porcentaje restante (40%) de los pacientes de este mismo grupo etáreo presento equitativamente (20%) cambios leves o moderados, y trastornos graves en el Estado de ánimo.

Es importante resaltar que del total de ancianos entre 81 y 90 años, el 71.4% no mostró cambios anímicos, mientras que el 28.6% de los mismos, presentó cambios leves o moderados. Ninguno de los pacientes con edades correspondientes a esta década tuvo trastornos graves.

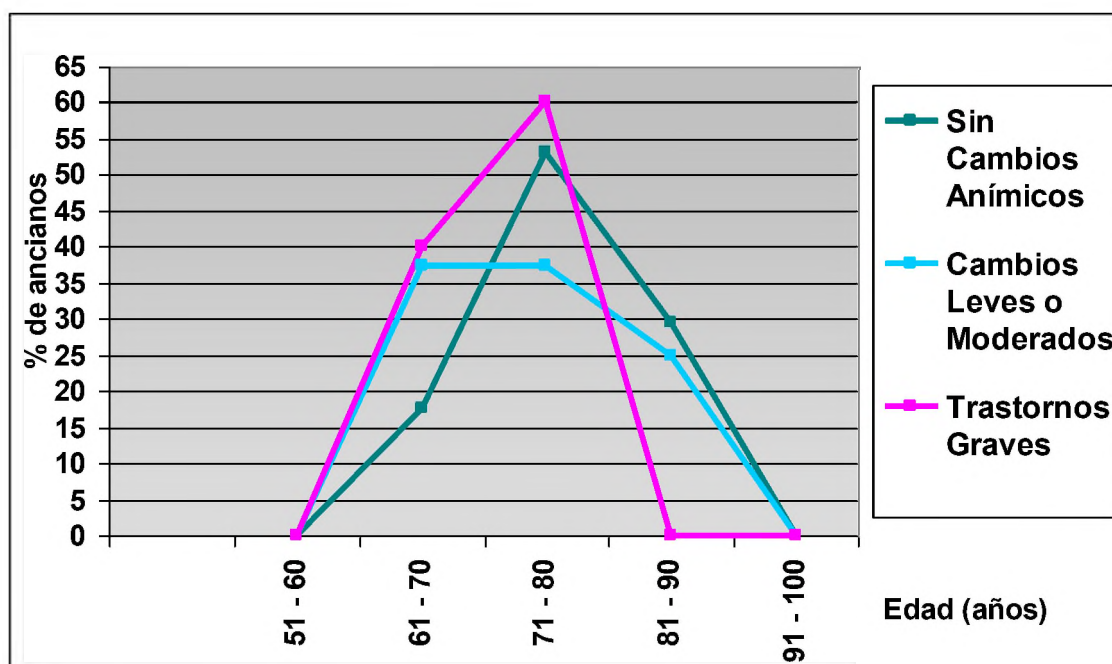


GRAFICO N° 4 Cambios en el Estado de Animo según : Edad en ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino, de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo enero - agosto del año 2001.

FUENTE: Elaboración Propia.

En el grafico anteriormente expuesto, se muestra que la mayor proporción (53%) de ancianos que no tuvieron cambios anímicos se encuentran entre los 71 y 80 años.

Asimismo se debe remarcar que entre los 61 y 80 años se encuentra la mayor proporción de pacientes con cambios leves o moderados.

El mayor porcentaje de ancianos con trastornos graves tenía entre 71 y 80 años, mientras que ninguno de ellos tuvo entre los 81 y 90 años.

TABLA N° 4: Cambios de Estado de Animo según sexo, en ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino, de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo enero - agosto del año 2001.

Sexo	Cambios en el Estado de Animo						Total
	Sin Cambios Anímicos		Cambios Leves o Moderados		Cambios o Trastornos Graves		
	N°	%	N°	%	N°	%	
<i>Femenino</i>	10	45,5	7	31,8	5	22,7	22
<i>Masculino</i>	7	87,5	1	12,5	0	0	8
<i>Total</i>	17	56,6	8	26,7	5	16,7	30

FUENTE: Elaboración Propia.

En la tabla N° 4, se visualiza que del total de mujeres estudiadas (22 ancianas), el 45.5% de las mismas no tuvieron cambios en el estado anímico, mientras que el 31.8% y el 22,7% de las mismas presentaron, respectivamente, cambios leves o moderados, y trastornos graves.

Asimismo, se extrae que el 87.5% de los hombres no presentó cambios, y el 12.5% de ellos mostró cambios leves o moderados en el estado de ánimo.

Es importante resaltar que ninguno de los hombres evidenció trastornos graves.

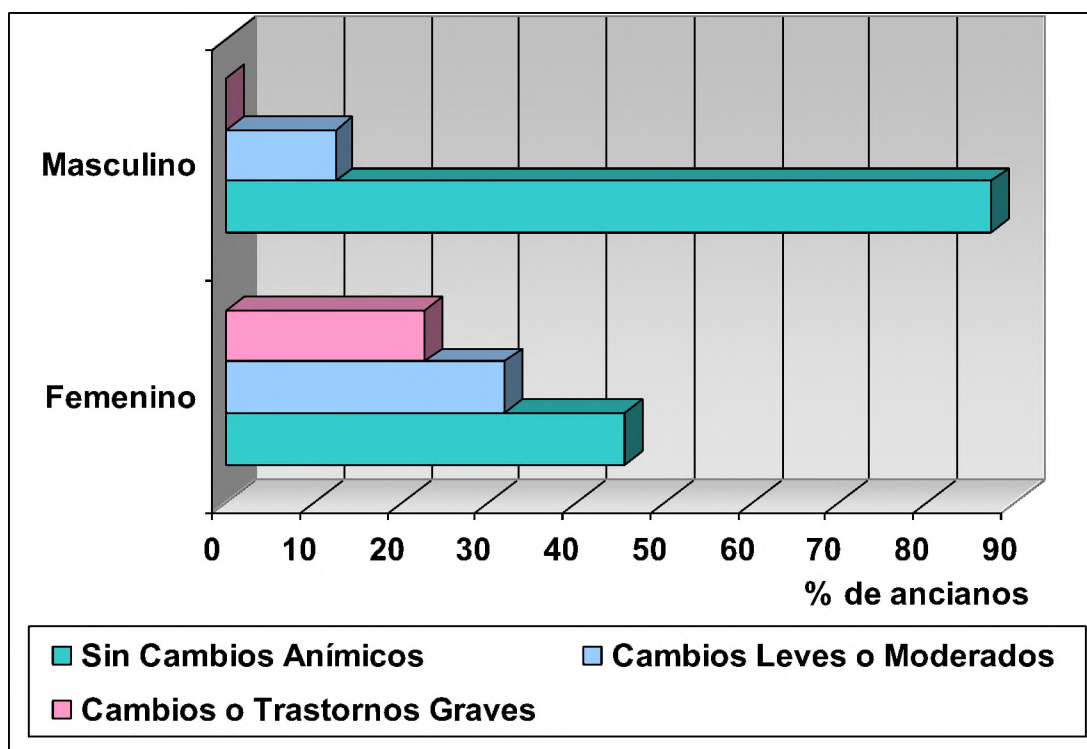


GRAFICO N° 5: Cambios de Estado de Animo según sexo, en ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino, de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo enero - agosto del año 2001.

FUENTE: Elaboración Propia.

Del gráfico superior, se puede resaltar que aproximadamente el 88% de los hombres no tuvo cambios en el estado de animo, mientras que solamente el 45% de las mujeres estudiadas tampoco los presentó.

Es interesante marcar que ningún hombre manifestó cambios graves, mientras que el 23% de las mujeres registró trastornos graves.

TABLA N° 5: Cambios de Estado de Animo según viudez, en ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino, de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo enero – agosto del año 2001.

Viudez	Cambios en el Estado de Animo						Total
	Sin Cambios Anímicos		Cambios Leves o Moderados		Cambios o Trastornos Graves		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Si	11	61,1	4	22,2	3	16,7	18
No	6	50	4	33,3	2	16,7	12
Total	17	56,6	8	26,7	5	16,7	30

FUENTE: Elaboración Propia.

La tabla superior muestra que el 61.1% de los ancianos eran viudos y no presentaron cambios en el estado de animo, mientras que el 22,2% de ellos tenían idéntico estado civil y tuvieron cambios leves o moderados. El 16.7% de los pacientes evaluados fueron viudos y mostraron trastornos graves.

De la misma manera, es fundamental distinguir que de los ancianos que no eran viudos, el 50 % no tuvo cambios en el estado de ánimo, mientras que el 33.3% y el 16.7% tampoco lo eran y evidenciaron cambios leves o moderados y trastornos graves, respectivamente.

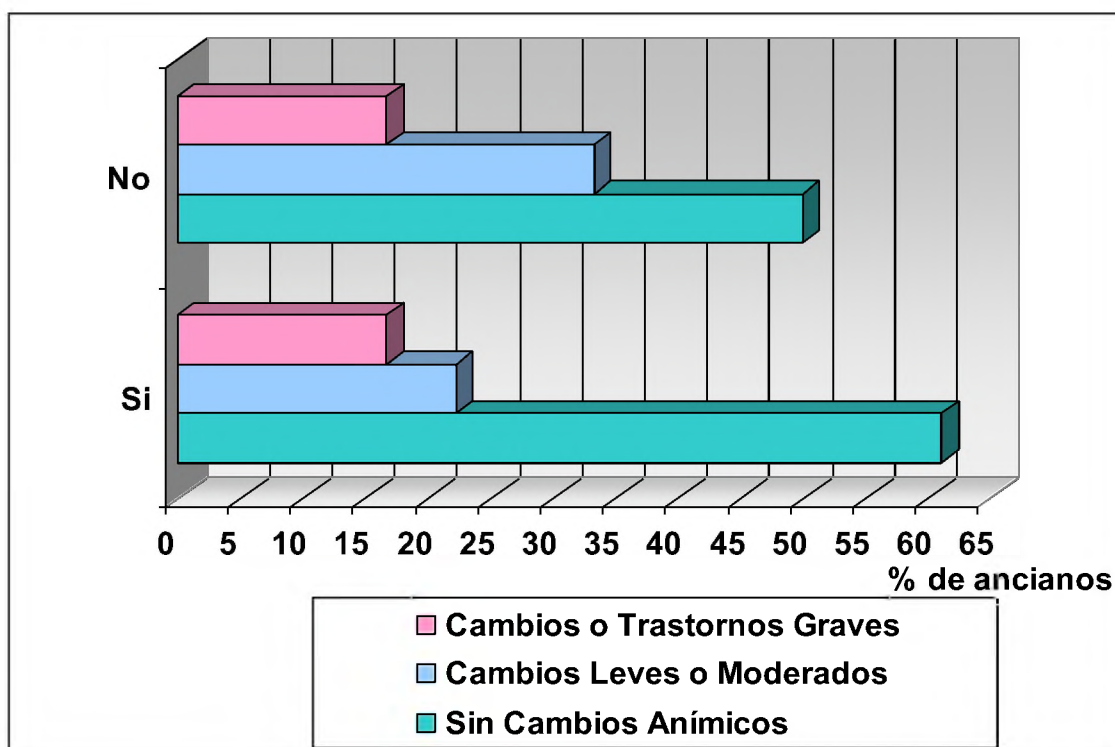


GRAFICO N° 6: Cambios de Estado de Animo según viudez, en ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino, de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo enero – agosto del año 2001.

FUENTE: Elaboración Propia.

Es importante realzar que una proporción similar (aproximadamente el 17%) de los pacientes tanto viudos como no viudos presentaron cambios graves en el estado de ánimo.

TABLA N° 6: Cambios de Estado de Animo según Contención Afectiva Familiar y/o Social, en ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino, de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo enero – agosto del año 2001.

<i>Contención Afectiva Familiar y/o Social</i>	<i>Cambios en el Estado de Animo</i>						<i>Total</i>
	<i>Sin Cambios Anímicos</i>		<i>Cambios Leves o Moderados</i>		<i>Cambios o Trastornos Graves</i>		
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	
<i>Si</i>	12	57,1	6	28,6	3	14,3	21
<i>No</i>	4	44,5	3	33,3	2	22,2	9
<i>Total</i>	17	56,6	8	26,7	5	16,7	30

FUENTE: Elaboración Propia.

En la tabla superior, se evidencia que el 57.1% de los ancianos que estaba contenido familiar y/o socialmente y no mostró cambios en el estadio anímico. Asimismo, el 28.6% de los pacientes que estaban contenidos, presentaron cambios leves o moderados, y solo el 14.3% de los que fueron contenidos, sufrió de cambios graves en el Estado de Ánimo.

El porcentaje de los evaluados que no estaban contenidos social o familiarmente y que no tuvieron cambios anímicos fue de 44.5%, mientras que la proporción de pacientes no contenidos afectivamente y que tuvieron cambios leves o moderados fue de 33.3%.

Es dable rescatar que el 22.2% de los ancianos no tuvo ningún tipo de contención social y/o familiar y expresaron a la evaluación trastornos graves.

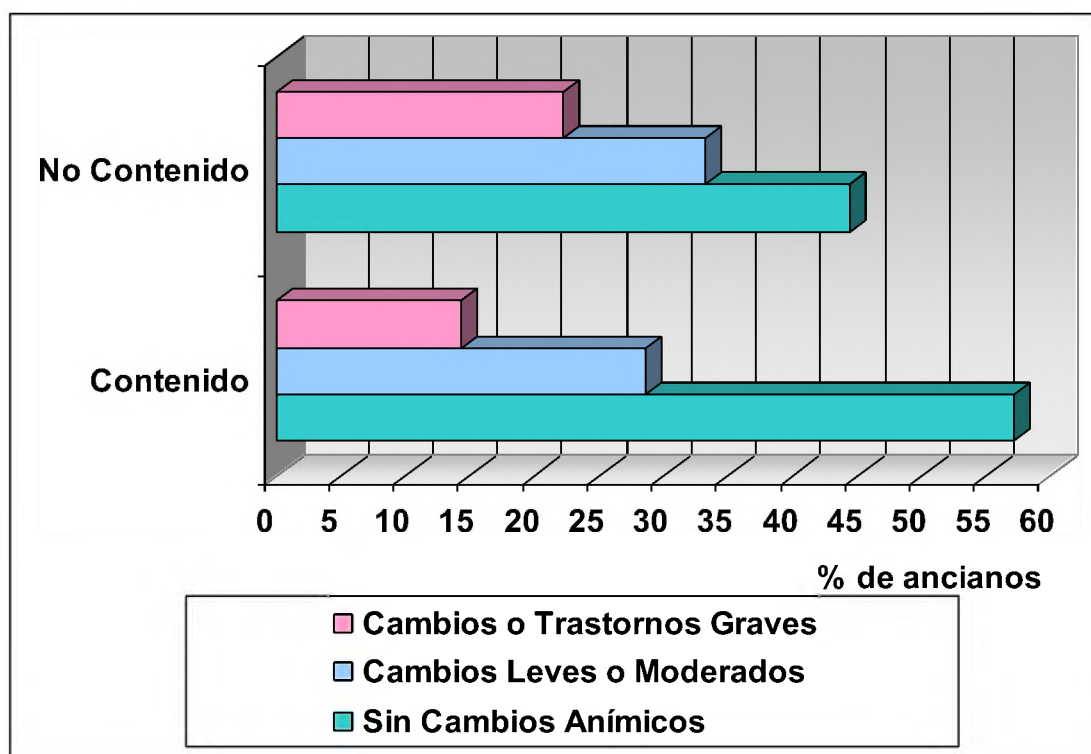


GRAFICO N° 7: Cambios de Estado de Animo según Contención Afectiva Familiar y/o Social, en ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino, de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo enero – agosto del año 2001.

FUENTE: Elaboración Propia.

Del gráfico anterior se extrae que una mayor proporción (57%) de los ancianos estaban contenidos afectivamente y no tuvieron cambios en el estado anímico, mientras que solo el 42% de los que no estaban contenidos, no presentaron modificaciones.

Inversamente podemos observar que la proporción de pacientes que estuvieron contenidos y tuvieron cambios graves en el estado de ánimo es menor que la proporción de evaluados sin contención y con cambios graves.

TABLA N° 7: Cambios de Estado de Animo según Nivel de Participación en Actividades Programadas de Terapia Ocupacional, en ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino, de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo enero – agosto del año 2001.

<i>Nivel de Participación en Actividades Programadas de T.O.</i>	<i>Cambios en el Estado de Animo</i>						<i>Total</i>
	<i>Sin Cambios Anímicos</i>		<i>Cambios Leves o Moderados</i>		<i>Cambios o Trastornos Graves</i>		
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	
<i>Participa en Todas</i>	9	81,8	2	18,2	0	0	11
<i>Participa en Algunas</i>	6	60	2	20	2	20	10
<i>No Participa</i>	2	22,2	4	45,5	3	33,3	9
<i>Total</i>	17	56,6	8	26,7	5	16,7	30

FUENTE: Elaboración Propia.

En la tabla N° 7, se puede visualizar que el 81.8% de los ancianos que participaron en todas las actividades de TO, no tuvieron cambios en el Estado anímico, mientras que el porcentaje restante de los que participaban activamente de todas ellas mostraron cambios leves o moderados. Ninguno de los pacientes que participó en todas las actividades programadas tuvo cambios graves en el estado anímico.

También se puede extraer que el 60% de los pacientes que participaban en algunas actividades no tuvieron cambios, mientras que el 40% de los evaluados que se integraron en algunas de ellas, evidenciaron cambios leves y moderados, y trastornos graves en idéntica proporción (distribuidos equitativamente en ambos grupos: 20%).

Una diferencia importante se encontró en aquellos ancianos que no participaban de ninguna actividad, ya que de ellos, el 22,2% no tuvo cambios anímicos, mientras el 45.5% mostró cambios leves o moderados y el 33.3% presentó trastornos graves en el estado de ánimo.

Es importante resaltar que del total de ancianos que no participaron en ninguna de las actividades propuestas de Terapia Ocupacional, el 78% presentó cambios en el estado de ánimo, ya sea leve, moderado o grave.

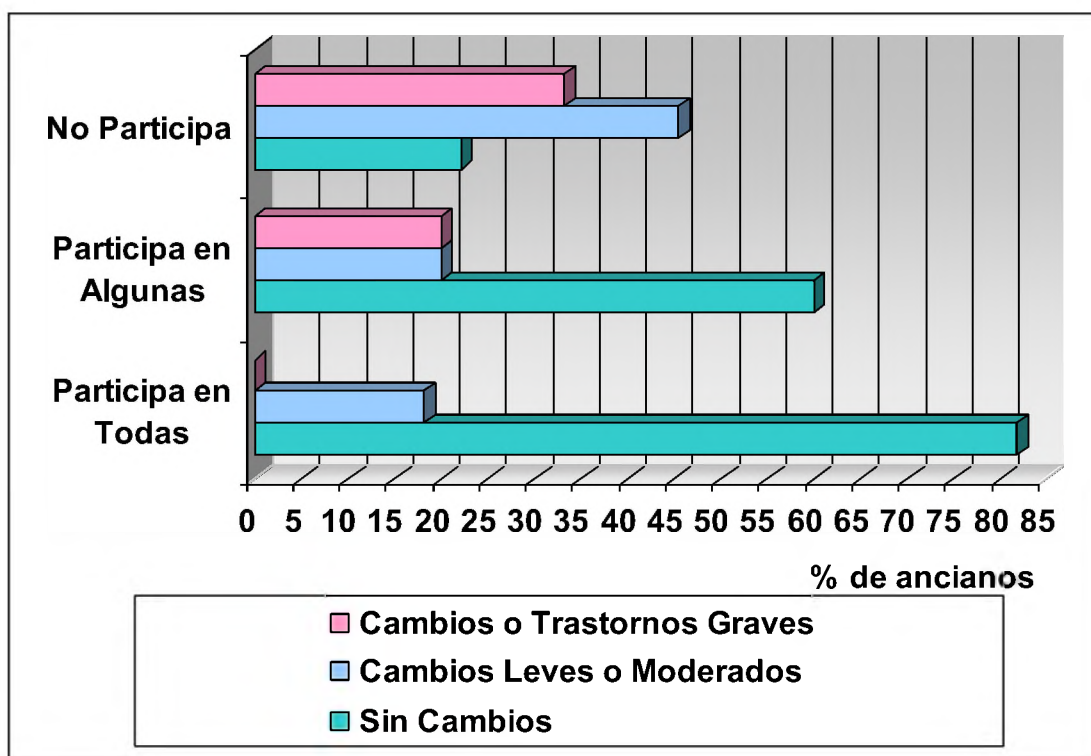


GRAFICO N° 8: Cambios de Estado de Animo según Nivel de Participación en Actividades Programadas de Terapia Ocupacional, en ancianos institucionalizados en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino, de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo enero- agosto del año 2001.

FUENTE: Elaboración Propia.

Es fundamental resaltar, que aproximadamente el 82% de los ancianos que **participaron en todas** las actividades programadas de TO no tuvieron cambios en el estado anímico, mientras que la proporción de pacientes con cambios leves o moderados y con trastornos graves aumenta significativamente en aquellos ancianos que **participaron en algunas actividades**, pero esencial y fundamentalmente en aquellos que **no participaron en ninguna** actividad programada de TO.

IV. 8 DESCRIPCION CUALITATIVA DEL COMPORTAMIENTO DE LOS ANCIANOS DURANTE LA EXPERIENCIA DE CAMPO

ANCIANOS SIN CAMBIOS ANÍMICOS

Los nueve ancianos sin cambios anímicos que participaron en todos los talleres descritos en el capítulo III, y que formaron parte de la experiencia de campo, evidenciaron un alto interés en las actividades terapéuticas. Las actividades desarrolladas contribuyeron a sostener sus estados de ánimo en forma positiva, posibilitando el aumento de autoestima, así como de la confianza en sí mismo, la comunicación, el diálogo, el intercambio de roles y las responsabilidades, en un contexto social. Tanto las mujeres como los hombres sin cambios anímicos de distintas edades se integraron a las actividades mostrándose entusiastas, optimistas, colaboradores sin evidenciar quejas somáticas durante el transcurso de los talleres. Asimismo los ancianos realizaban charlas reflexivas acerca de la contribución a sus proyectos personales de los talleres implementados. Durante la etapa de confección de títeres, las mujeres mostraron un gran interés por roles y funciones que en su pasado eran identificados como femeninas (Ej. coser etc.) y desarrollando las mismas, con gran dedicación y habilidad manual. Un solo hombre de 85 años participó de este proceso con buena predisposición y manejando adecuadamente la destreza requerida

De los 17 pacientes sin cambios anímicos, los once que eran viudos de ambos sexos se integraron a los talleres sin evidenciar problemas respecto a ésta situación. Durante los talleres la temática de la falta de cónyuge no surgió por parte de los pacientes, tanto en mujeres como en hombres.

Los ancianos no contenidos sin cambios anímicos no evidenciaron disconformidad con los pasos de la tarea y no hacían ningún tipo de

comentario con respecto a su familia ni expresaban deseos ni necesidades de ello, permaneciendo silenciosos.

En tanto que en el proceso de los talleres , se evidenció en las actividades un posicionamiento cada vez más fortalecido hacia un envejecimiento saludable, siendo éste el marco de emergencia de proyectos e ilusiones ,desarrollando tolerancia, y solidaridad con respecto del tiempo de los otros ancianos y de los suyos propios. Este espacio permitió poner en juego el respeto, la cooperación, la gratificación, reemplazando y superando la pasividad, la rigidez, la soledad, la abulia, como así también las frustraciones y la inhibición.

El proceso terapéutico permitió un vínculo flexible, plástico, afectivo y de comunicación entre pares, enriqueciendo la dialéctica actividad-paciente-terapeuta, donde la prevención de la salud se planteó como objetivo.

ANCIANOS CON CAMBIOS LEVES O MODERADOS

Los ancianos con cambios leves ó moderados según la escala GDS constituyeron el grupo que participó en todas y/o en algunas actividades, siendo un total de 8 pacientes. Este grupo en los talleres tenía poco contacto con sus pares y se mostraron como observadores no participantes Hubo 4 ancianas viudas con cambios leves que representaron la sexta década, otras la séptima y otra la octava década. .

Algunas ancianas viudas variaron su conducta respecto a las actividades que se realizaban para salir a pasear .Al inicio a veces aceptaban con agrado y en otras oportunidades se negaban, luego tendían progresiva y gradualmente a integrarse .De las 5 mujeres, que fueron contenidas afectivamente por sus familiares, y/ o socialmente, 2 pertenecían a la sexta y

3 a la séptima década no registrándose mujeres contenidas con cambios leves ó moderados de la octava década pero sí un varón en ésta última.

No se registraron varones no contenidos con cambios leves La falta de contención se evidenció en los ancianos por la preocupación de la ausencia de las visitas , el nerviosismo, el cansancio por la espera, la impaciencia ó la tristeza por la falta de la presencia familiar. Referían además el no cumplimiento de los insumos necesarios que les debían entregar.

Es esencial explicitar que sin embargo, en las últimas etapas de los talleres los ancianos con cambios leves ó moderados solicitaron participar y lo hicieron con entusiasmo .La motivación se consideró un indicador de los cambios que se iniciaron en los ancianos.

ANCIANOS CON CAMBIOS CON TRASTORNOS GRAVES

Los pacientes con cambios con trastornos graves, resultaron ser cinco ancianas y no hubo hombres en este grupo .En ellas se observó claramente la presencia de estados de ánimos negativos, siendo los indicadores detectados los sentimientos de tristeza, de soledad, la falta de comunicación, desgano y desinterés. Esta situación se acompañó en 3 de ellas con ausencia de contención y de afecto familiar y ó social así como de la no participación a ninguno los talleres de terapia ocupacional por parte de las ancianas, mientras que solo 2 de ellas concurrían a los eventos que organizaba la institución. A pesar de los esfuerzos realizados a través de invitaciones personales no hubo resultados positivos Estas 5 ancianas con trastornos graves presentaban frecuentes quejas corporales, dolor de cabeza, dolor por artrosis y problemas gastrointestinales, y refiriendo no participar debido a ello. Todas en general presentaban buenos modales cuando se les requería por alguna razón, se

dirigían hacia los demás con un lenguaje claro, concreto y con respeto. .No evidenciaban conductas agresivas ó reacción desmedida cuando se las invitaba a participar.

Las mujeres de este grupo se mostraron sencillas, prolijas, de buen aspecto y bien vestidas con ropa femenina .Recordemos que el cuidado personal es importante para la sociabilidad de cada sujeto y uno de los aspectos que se ve afectado con los cambios anímicos y los deterioros cognitivos.

De las tres mujeres viudas una estaba contenida en forma afectiva y/ o social y no participaba en las actividades, pero poseía una pérdida reciente; otra anciana también contenida, participaba en algunas actividades y por último la tercera no poseía contención y no participaba en ninguno de los talleres. Se rescata la gran combinación y heterogeneidad entre los distintos factores, siendo cada caso singular pero presentando correspondencia.

IV. 9 INTERPRETACION Y CONCLUSIONES GENERALES

Para este estudio, de la población total de 73 residentes en el Instituto Geriátrico Suizo Argentino, se incluyeron 30 unidades de análisis sin deterioro cognitivo (41 %) que estaban en condiciones de responder al cuestionario de la escala GDS seleccionado como base para este trabajo. De la aplicación de dicha escala se extrajo que: **“En la población encuestada se hallaron 56,6 % de ancianos sin cambios anímicos, 26,7 % considerados con cambios leves ó moderados y 16,7 % con valores encuadrados dentro de los cambios con trastornos graves sugestivos de cambios negativos hacia la enfermedad depresiva”**. La manifestación externa se evidenció desde los contenidos psicológicos, emocionales y afectivos descriptos cualitativamente en los estados de ánimo en este grupo. Los cambios respondieron a la asociación de condiciones externas e internas de la situación en la citada experiencia, y en un momento dado.

De la muestra de 30 unidades de análisis, la **edad** de los ancianos estudiados comprendía entre 61 y 90 años y el promedio fue de 75,6 años. Del análisis de las variables se evidenció con respecto a la edad y como dato significativo que los ancianos que pertenecían a la sexta década tuvieron una distribución similar en los 3 grupos del GDS, Por otro lado se encontró que el 60 % de los ancianos tuvo entre 71 y 80 años y no presentaron cambios anímicos mientras que el 40 % restante de ancianos que poseían edades que comprendidas en ésta década se distribuyó equitativamente en pacientes que presentaron cambios leves ó moderados y otro 20 % con cambios graves. El grupo etario de la octava década que representa la población más anciana y con mayor probabilidad de riesgo de depresión según las investigaciones

consultadas, en este estudio no mostró cambios con trastornos graves, en sentido opuesto a lo esperado el 71,4 % no presentó cambios anímicos.

Respecto al **sexo** del total de las mujeres estudiadas que eran 22 ancianas el 45,5 % de las mismas no tuvieron cambios en el estado anímico mientras, que el 31,8 % y 22,7 % de las mismas presentaron cambios leves ó moderados y cambios con trastornos graves respectivamente. De acuerdo a lo obtenido vemos que el 87,5 % de los hombres no presentó cambios y el 12,5 % de ellos mostró cambios leves ó moderados en el estado de ánimo. Se destaca que ningún varón en esta población presentó cambios con trastornos graves.

Con respecto a la **viudez** se evidenció que el 60 % de los ancianos que conformaron la muestra eran viudos mientras que el 40 % restante tenían otro estado civil. Se resalta que una proporción idéntica (17 %) de ancianos viudos como de no viudos presentaron cambios graves. Numerosas investigaciones plantean la viudez con un valor significativo en los cambios anímicos, ya que esto se vincula estrechamente con la pérdida de objetos de amor (cónyuge), sin embargo en el presente estudio no se ha podido destacar la importancia del mismo.

En relación a la **contención afectiva familiar y/o-social** resulta interesante destacar que el 57,1 % de los ancianos contenidos afectivamente no presentó cambios anímicos dato relevante en estos ancianos, mientras que el 44,5 % de los ancianos sin contención afectiva tampoco presentaron cambios en sus estados de ánimo. Es factible remarcar que el 14,3 % de los ancianos contenidos tuvo cambios graves, mientras que el 22,2 de los ancianos sin contención afectiva expresaron a la evaluación trastornos graves del estado de ánimo.

Respecto al nivel **de participación de actividades programadas** de Terapia Ocupacional se pudo observar que el 81,8 % de los ancianos que **participaron en todas** las actividades propuestas de Terapia ocupacional no tuvieron cambios en el estado anímico, mientras que el porcentaje restante de los ancianos que participaban activamente de todas ellas mostraron cambios leves ó moderados.

Según la escala aplicada ninguno de los ancianos que participó en todas las actividades programadas tuvo cambios con trastornos graves, sugestivos de cambios negativos hacia la enfermedad depresiva. Del total de pacientes que **participaban en algunas** actividades, el 60 % no mostraron cambios anímicos , mientras que el porcentaje restante de los evaluados 40 % que se integraron en algunas actividades mostraron cambios leves, ó moderados y con trastornos graves en una proporción equitativa en ambos grupos del 20 % en cada uno de ellos. Aproximadamente el 78 % de los ancianos que **no participaron** en ninguna de las actividades propuestas de terapia ocupacional presentaron cambios en sus estados de animo leves ó moderados y cambios graves

.Es importante resaltar que la proporción de ancianos que participaron en todas las actividades de Terapia ocupacional y no tuvieron cambios en sus estados anímicos es significativamente mayor a la proporción de ancianos que participaron de algunas actividades ó que no participaron y no tuvieron cambios e inversamente la proporción de pacientes con cambios leves ó moderados y con trastornos graves fue significativamente mayor en aquellos ancianos que participaban de algunas actividades, pero fundamentalmente en aquellos que no participaban.

Con los resultados obtenidos en este estudio de investigación y como experiencia de campo desde la práctica clínica de terapia ocupacional se llega a **la conclusión** que en esta población:

- a) **La edad** no se destacó como un factor relevante en los cambios de estados anímicos porque presenta una relación inversa a lo planteado en otros estudios de investigación
- b) **El sexo** femenino en este estudio mostró que la mujer es más susceptible a tener cambios con trastornos graves, pero se destaca que en esta población había un mayor porcentaje de las mismas respecto al sexo masculino.
- c) La pérdida del cónyuge, con el consecuente estado **de viudez** (pérdida de uno de los objetos de amor) no incide como se esperaba en ésta población, y los ancianos viudos en general no manifestaron expresiones y conductas relativas a esta pérdida. afectiva. A medida que transcurren los años este factor, según investigaciones consultadas va desapareciendo en forma paulatina. Hay trabajos que destacan al matrimonio relacionándolo directamente con la disminución de mortalidad en la vejez. (Berkman, y Syme, 1979); House et. al. , 1982; Welin, et. al. 1985) El efecto benéfico del matrimonio disminuye con la edad. (Berkman y Syme, 1979; Litwak y Meseri, 1989) y a veces no esta presente en absoluto. Además “en general vivir con el/la esposo/ a no parece proteger (al anciano contra la muerte y tampoco la depresión”. (Salim,) 1993, cit. por Gastron, L..., Vujosevich, J., Andres, H.) 1993. .
- d) **La contención** mediante el apoyo afectivo familiar y ó social se muestra como atenuante de los cambios anímicos negativos. (hijos, parientes, amigos, compañeros etc.);

- e) *En los ancianos sin cambios en sus estados de ánimo y con cambios leves ó moderados se evidencia que están claramente disminuidos cuando los ancianos realizan actividades terapéuticas significativas y propuestas desde Terapia ocupacional.*
- f) ***De los ancianos que participaron en todas las actividades programadas de terapia ocupacional ninguno mostró cambios con trastornos graves, y aquellos que participaban en algunas, presentaron en forma gradual mayor motivación e iniciativa***
- g) ***.Este estudio permitió llegar a la conclusión que tanto la contención afectiva familiar y o social como las actividades terapéuticas de Terapia Ocupacional actúan significativamente como factores de protección y modificadores de los trastornos del estado de ánimo en los ancianos institucionalizados***
- h) *En este trabajo se ha evidenciado que la depresión no se debe asociar siempre con el anciano. La depresión es multicausal y hay multiplicidad y diversidad de factores causales que pueden determinar su aparición.*
- i) *Se reconoce que el factor institucionalización se suma a las causas incidentes como se establece en la bibliografía consultada, la cual se asocia a factores que favorecen la aparición de síntomas ó cuadros depresivos y colabora al aumento de la prevalencia del proceso depresivo. (Lopez Trigo, J. Dr.) 2001, (Hervas, A., y col.) 2003. (Ma.J. Rojas Ocaña; y col.) 2006. (Campos, y Ardanaz J.) 2002. . .*

Terapia Ocupacional propone el desenvolvimiento profesional del Terapeuta Ocupacional en prevención Primaria y Secundaria en la enfermedad Depresión, promoviendo preventivamente, primariamente la salud desde talleres, desde la comunidad, con apertura al público mayor general; desde las instituciones geriátricas donde se observa que la población mayor aumenta significativamente, siendo su atención primaria integral con base de actuación multidisciplinaria considerando al anciano como ser biosicosocial.

En prevención secundaria su tratamiento individual y grupal manteniendo y/o mejorando el nivel participativo en actividades terapéuticas significativas, independencia en actividades de la vida diaria, con apoyo afectivo familiar y ó social, aumentando la calidad de vida de nuestros mayores en una sociedad en crecimiento social y cultural.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL



Cap.V BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y CITADA



Agencia para las políticas e investigación en el cuidado de la salud (Agency for Health Care Policy and Research) "**Depresión en atención primaria: guías para la detección y tratamiento**" Departamento de Salud y Servicios Humanos, EE.UU., 1997.



Alexopoulos G.S. Meyer B.et.all "**Brain Changes in Geriatric Depression**" *Internal Journal Geriatric Psychiatry*, 1988, 3:157, 161.



Akiskal, MC, Kinney, W. "**Depressive Disorders: Toward a Unified Hypothesis**" , *Science* 1973. 182: 20, 29.



Akiskal M.C, Mc Kinney W. "**Characterological Depression**" *Arcq. .Gen Psychology*, 1980.



Andrés, Haydee "**Olvido benigno y deterioro**" *Actualizaciones en Gerontología .Cuadernos de Gerontología. A.G.E.B.A. Asoc.Geront Argentina* 1998 Año II Nro.12



Aussiere, Carrizo, S.V. Garramone, L. Ts. Os "**La actividad Lúdica**" "**Una propuesta desde Terapia Ocupacional**" *.Actualizaciones en Gerontología, cuadernos de gerontología Asociación Gerontológica de Buenos Aires AGEBA*1998 Año II Nro.12:73,79.



Auzmendiá, Ana L. "**Evaluación de la calidad de vida de los adultos institucionalizados**" *Tesis de Lic en T.O. U.N.M.D.P.* 2004.



Betta G." "**Manual de psiquiatría**" Editorial Universitaria, 1959, Buenos Aires.



Betancourt, S. "**Neurología**" *Centro de investigaciones Biológicas*

Univ.de Bogotá, 1995



Boiffer, MN. **“Análisis de las oportunidades que brinda el ambiente institucional geriátrico desde Terapia ocupacional”** Tesis de licenciatura .inv. 1475, 1999.



Buttler, R.M. y col. **“Depresión en la ancianidad (Cómo hacer un diagnóstico difícil)”** Revista Geriatric 52: 22,27, 1997



Buz, J **Mini GDS 8 “Una nueva versión breve para ancianos institucionalizados”** .Geriatrika, 12,41-45. . (1996)



Calvo Aguirre, Juanjo Madero **“Depresión en la vejez”** Residencia de Ancianos Zorroaga.España 2004.



Campos.J., Ardanaz.J., Navarro.B. **“Depresión en edad avanzada”** .España 2002



Calvo Francés Fernando M^a Beatriz Martínez Pascual Palarea Dolores Díaz, **“Trastornos afectivos en el anciano”** Centro de Ciencias de la Salud Universidad de Las Palmas de Gran Canaria Rev. Mult. Gerontol 2002; 12(1):19-25



Cabañero Martínez De María José, Julio Cabrero García Miguel Richard Martínez, Carmen Luz Muñoz Mendoza y Abilio Reig Ferrer. **“Revisión estructurada de las escalas de depresión en personas mayores”** de la Universidad de Alicante (España) (2006)



Daichmann, L.S. **“El maltrato institucional y vejez”** Actualizaciones en gerontología A.G.E.B.A. Asoc. Geron. Argentina 11,15. 1998



Flaherty, Channon, Davis, **“La Depresión”** en “Psiquiatría Diagnóstico y Tratamiento” Gaviria, M.F., y Flaherty J.” Manuales clínicos .Psiquiatría” Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1995.



Folstein M, F. "**Mini Mental State "A practical method for grading the mental state of patients for the clinician"** Journal. Psychiat. .Res. 189,198, 1975.



Fortami, Ravacini, Paganizzi, Toscano."**Análisis de actividades"** 1985.



Fortuni.T.R."**Dependencia funcional Depresión y Calidad de vida"**
Informaciones Psiquiátricas - Segundo trimestre 2008. Número 192



Fustinoni, F. y col."**Semiología del Sistema nervioso central"** Edit .El Ateneo, 1995.



Gaianu.M.V."**Depresión en ancianos institucionalizados"** Centro Geriátrico Residencia Iguialada.Chile.2006.



Guajardo.J."**Terapia ocupacional y Depresión en el adulto mayor"**
Hosp. Cent. Univ.Chile.2009.



Gastrón, M, L. Vujosevich, Andrés "**De la soledad física a la depresión"**
Revista Gerontología y Geriatria, 1993, 59,67.



González, MA "**Validation of the Spanish version of the Geriatric Depression Scale (GDS) in primary care."** International Journal of Geriatric Psychiatry 17, 279,287(1988)



González, MA. "**Validación de una versión de 15 ítems de la escala de depresión geriátrica de Yesavage en una población española"**. Revista española geriatría y gerontología 36,276-280.



Grieve, J. "**Neuropsicología para terapeutas ocupacionales"** Evaluación de la percepción y de la cognición Editorial Panamericana, 1994.



Gurland, B y col. "**The Epidemiology of depression and dementia in the Elderly": "the use of multiple indicators of these conditions."**
"Psychopathology in the aging" "Raven Pres, 1983, New York.



Kerlinger, F. **“Investigación de comportamiento, Técnicas metodológicas”** 2ª, edición española 1982



Menéndez, V, **“Síndrome depresivo en el geronte”** Especialista en Gerontología y Geriátria, Trabajo personal sin publicar Mar del plata 2002.



Minguez M., Garcia S., **“Tratamiento de la depresión geriátrica en el medio residencial”** Anales de Psiquiatría 24(4) 2008.



Miranda, C. **“La ocupación en la vejez Una visión gerontológica desde terapia ocupacional”** Imprenta Relieve Mar del Plata, 1996



Miranda, C. **“El rol del Terapeuta ocupacional en establecimientos geriátricos”** C O.L.T.O. 1995.



Paykel, E. **“Handbook of affective Disorder”** Edinburgo 1990.



Pineda, Alvarado el y de Canales F. **“Metodología de la Investigación”** Manual para el desarrollo del personal de salud 2ª edición OPS. Ofic.Reg. de la OMS. Washington D.C. 1994



Polit y Hungler B.” **Investigación científica en Ciencias de la salud”** Edic. Mc Graw Hill Interamericana, 5ª edición, 1997.



Ramos Campos. G. **“La enfermedad mental: Una alteración Bioquímica”**.en “Las Bases Moleculares de la Vida y la Enfermedad”. Valencia Edit. Bogota.Colombia.1980.



Riquelme Marin.A. **“Apoyo social autoeficacia y depresión. Análisis de los efectos de la autoeficacia y apoyo social en ancianos**

institucionalizados"Univ. de Murcia.España.1993. Psicothema 2006. Vol. 18, nº 2, pp. 288-292 ISSN 0214 - 9915 CODEN



Risiga, M. **"La multiestimulación en la atención de ancianos"**
C.O.L.T.O.1995



Rojas Ocaña M^a. J.; A. Toronjo Gómez; C. Rodríguez Ponce; J.B. Rodríguez Rodríguez****Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados*** Departamento de Enfermería, Universidad de Huelva Gerokomos v.17 n.1 Madrid mar. 2006



Roth, M, et.all **"Studies in the classifications of affective disorders"**
"The Relationship between anxiety status and depressive illness". Brit. Psychology 1972



Sabanés, F." **La depresión"**, Edit. Emeka Barcelona 1990.



Salvarezza, L. **"Psicogeriatría"Teoría y Clínica"**. Edit. Paidós, 1988.



Salgado', Sanchez, C **"Trabajo Social y vejez Teoría e Intervención"**
1990.



Serrano Moragués A y Roca Arbos. I. **"Valoración del estado anímico en la tercera edad"** Revista Geriátrica, 47, 51, 1994.



Taragano y Lyketsos C."**La depresión en pacientes de más de 60 años"** Revista gerontológica Mundial 1998.



Trigo López, J.A."**La depresión en el paciente anciano"** Centro Municipal Tercera Edad, Bienestar Social.Málaga, España, 2001.



Univ.nac,de Mar del Plata.Fac.de Cien.de la Salud y Trab. Soc."**Terapia Ocupacional en Prevención Primaria"** Talleres Promoción de Salud.2009



Vallejo Ruiloba “**Estados depresivos**” en “Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría” cap. 26:582,625. Edit. Salvat. 1995



Vallejos, Ruiloba,” **Síndromes depresivos**” Medicine, 51, 1983



Vidal y Alarcón, Ague. “**Trastornos afectivos**” “en “Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría “Edit. Salvat, Cap.12: 340,357, 1995



Wells, K, B. Burman, A. Roger, W. “**The course of depression in Adults Patients**”, Arc.Gen Psychiatry, 49: 788. 1992.



Yesavage, J.A Brink, T. L... Lum, O. Heersema, P.H., Adey, M. y Rose, T.L. “**Screening tests for geriatric depression clinical gerontologist**”, 12, 41, 45 1982.



Zarragoitia Alonso I.”**Depresión en la tercera Edad**” Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” La Habana, CUBA 2008.



ANEXO I

Evaluación instrumentos de autoinforme

Además de la evaluación clínica, las depresiones se pueden esclarecer objetivamente por escalas a través de entrevistas estructuradas y no estructuradas, y por cuestionarios.

Entre los utilizados están el de Hamilton (1967) cuyos 22 ítems cubren los síntomas de todos los tipos de depresiones. El inventario de Beck (BDI, Beck Depresión Inventor) utilizado por Buchanan y col 1988, sirve para administrarlo a sí mismo; la escala de depresión del DCEE (Centro De Estudios Epidemiológicos), Fogel 1993 y el PSE (examen del estado actual) para investigaciones epidemiológicas, es una entrevista estructurada con un diseño para detectar la presencia de 140 ítems los cuales corresponden a síntomas y signos psiquiátricos (Alarcón, J. Vidal, G. y col. 1983.)

La abreviación del GDS (Geriatric Depression Scale) Yesavage la realizó en 1987 y fue aprobada por la A.N.A. (American Neurology Association). La escala GDS ha sido extensamente utilizada y comprobada respecto a su validez y confiabilidad.

Evaluación psicométrica

En el trabajo teórico “Revisión de las escalas de Depresión en mayores”, de los autores españoles Cabañero, Martínez et al. ha sido comprobada con la mejor puntuación (2007).

Globalmente en dicho trabajo las dos escalas con mayores puntuaciones totales han sido dos versiones de la GDS, la de 30 ítems (Izal y Montorio, 1993) y la de 15 ítems (Martínez, de la Iglesia et. al. (2002), con una puntuación de 6 y 5 respectivamente.

La GDS es la escala que ha reunido más información, pero referida a múltiples versiones. Algunos trabajos en los cuales ha sido utilizada se citan (rastreados por vía Internet) los de: Fernández, San Martín, M.I, Andrade, C. Molina, J. Muñoz P.E. Carretero, B. Rodríguez M. y Silva A. (2002).

González, MA “Validation of the Spanish version of the Geriatric Depression Scale (GDS) in primary care.” *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17, 279,287(1988) demuestra las características y técnicas, y las modificaciones introducidas en dos escalas de depresión, estudio piloto para la adaptación y baremación de la GDS y el BDI a la población española. *Geriatika* 4, 59,66.

González, MA. “Validación de una versión de 15 ítems de la escala de depresión geriátrica de Yesavage en una población española”. *Revista española geriatría y gerontología* 36,276-280.

Buz, J. (1996) *Mini GDS 8* “Una nueva versión breve para ancianos institucionalizados”. *Geriatika*, 12,41-45.

Brink, T. L. Yesavage, J.A. Lum, O. Heersema, P.H. ,Adey, M. y Rose, T.L. “Screening tests for geriatric depression clinical gerontologist”, 12,41, 45. (1982)

Por vía Internet se encontró un trabajo teórico referido a la validación de distintas escalas aplicables a los adultos mayores entre las cuales figura la escala utilizada en el presente estudio de investigación de autores españoles:

De María José Cabañero Martínez, Julio Cabrero García Miguel Richard Martínez, Carmen Luz Muñoz Mendoza y Abilio Reig Ferrer. “Revisión estructurada de las escalas de depresión en personas mayores” de la Universidad de Alicante (España) (2006)

El objetivo de este estudio teórico fue evaluar la adecuación conceptual, la aplicabilidad y las propiedades métricas de las medidas de depresión, empleadas en la investigación con muestras de personas mayores españolas.

Para ello se realizaron búsquedas electrónicas en las bases de datos nacionales IME e ISOC, y en las bases de datos internacionales MEDLINE, Psynfo, CINAHL y En base, así como búsquedas manuales en revistas de reputación del campo de la geriatría y la evaluación de resultados.

*Para cada instrumento se analizó la adecuación conceptual, la aplicabilidad y las propiedades métricas. Se incluyeron 30 estudios empíricos relativos a 6 instrumentos La Escala de Depresión Geriátrica (GDS), la escala de depresión de Zung, el Inventario de depresión de Beck, la escala Observacional y la escala Breve de Valoración de la depresión con tarjetas .Los resultados evidencian una la adecuación conceptual de las escalas, las normas de aplicabilidad y unas propiedades psicométricas insuficientes. **Solo dos versiones de la Escala de Depresión Geriátrica de 30 ítems y 15 ítems presentan garantías para su uso.** Julio Cabrero García y. María José Cabañero pertenecen al Departamento de Enfermería Universidad de Alicante (España)*

Descripción del Instrumento

La Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale GDS) fue diseñada específicamente para ser aplicada en personas mayores, con la finalidad de distinguir ancianos depresivos y no depresivos .Esta constituida por 30 ítems sobre Afecto ,Irritabilidad ,Aislamiento, pensamientos angustiosos, y juicio negativos y no incluye ítems sobre síntomas somáticos. Consta de dos alternativas de respuesta para facilitar la administración. (Yesavage, et, al, 1982)

Posteriormente se han desarrollado versiones más cortas. (Hoyl, et al. 1999), (Sheikh y Yesavage 1986), en castellano se han realizado diversas adaptaciones de la versión de 30 ítems. En algunas se indica haber efectuado un proceso de traducción simple y se mantienen las alternativas de respuestas.

Otras, en cambio han introducido cambios importantes (forma de administración, y puntuación) que su comparación con el original es compleja y no informan sobre su proceso de adaptación en otras versiones no se informa acerca de adaptación transcultural Entre las versiones mas cortas se destaca la realizada por Martínez de la Iglesia et al. (2002), sobre la GDS de 15 ítems cuyo proceso de adaptación transcultural incluyó traducción, y estudio piloto .El resto de las versiones cortas castellanas se han elaborado, mayoritariamente, seleccionando ítems de versiones más largas ya adaptadas a nuestro idioma.

La escala de depresión (GDS) fue diseñada para la valoración de la sintomatología depresiva en la población general en estudios de investigación

Contenido de la escala

El cuestionario de la escala GDS está formado por preguntas que se refieren exclusivamente a los estados de ánimo, para detectar depresión.

La escala es uno de los instrumentos de elección, en la exploración para valorar la depresión en pacientes ancianos.

Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas sino en aspectos directamente relacionados al estado de ánimo. Consta de 15 preguntas afirmativas y negativas en su forma abreviada de las 30 originales., para evitar el cansancio y la disminución de la concentración en el paciente anciano.

. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

(EDG)

Fecha.....

Nombre y Apellido.....

GDS (YESAVAGE) ABREVIADO

Seleccione la respuesta que mas se aproxime a su estado de animo durante la semana pasada, rodeándola de un circulo..

- | | |
|--|-------|
| 1. ¿Se encuentra satisfecho con su vida en términos generales? (*) | SI/NO |
| 2. ¿ Ha abandonado muchos intereses y actividades? | SI/NO |
| 3. ¿ Siente que su vida esta vacía? | SI/NO |
| 4. ¿ Se aburre a menudo? | SI/NO |
| 5. ¿ Suele encontrarse de buen humor? (*) | SI/NO |
| 6. ¿ Tiene miedo que algo malo pueda pasarle? | SI/NO |
| 7. ¿ Se encuentra feliz habitualmente? (*) | SI/NO |
| 8. ¿ Suele sentirse impotente? | SI/NO |
| 9. ¿ Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas? | SI/NO |
| 10. ¿ Cree que la memoria le falla mas que a los demás? | SI/NO |
| 11. ¿ Cree que es estupendo estar vivo? (*) | SI/NO |
| 12. ¿ Se considera poco útil, tal como esta ahora? | SI/NO |
| 13. ¿ Se encuentra lleno de energía? (*) | SI/NO |
| 14. ¿ Cree que su situación no tiene solución? | SI/NO |
| 15. ¿ Piensa que casi todo el mundo esta mejor que Ud.? | SI/NO |

Los apartados señalados con un asterisco (*) deben tener respuesta negativa (NO) y se computa con un punto.

Todos los restantes deber ser positivos (SI), y se computan con un punto.

Los 15 ítems forman una versión abreviada propuesta por Yesavage en 1987 con las siguientes puntuaciones provisorias.

ANCIANOS NORMALES:	0-4 PUNTOS
DEPRESIÓN LEVE O MODERADA:	5-10 PUNTOS
SUGESTIVOS DE DEPRESIÓN GRAVE	más de 10 PUNTOS

Instrucciones de puntuación de la Escala de Depresión geriátrica (EDG) España

Instrucciones:

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

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

*Un puntaje de 5 o más indica depresión **puntuación total***



ANEXO II

El interés en la búsqueda de información para la realización del estado actual del tema llevó a comunicarse con las diferentes Asociaciones de terapia Ocupacional de nuestro país para saber si registraban antecedentes sobre este tema y de Terapistas Ocupacionales que hayan ó estén realizando algún tipo de abordaje para ancianos institucionalizados depresivos ó si trabajan desde la prevención para esta enfermedad.

Se obtuvo respuesta de una de las asociaciones, esta información fue recibida por vía mail desde la Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales con fecha 14 de junio 2004. (AATO) a la solicitud expuesta en la cual se sugería, buscar bibliografía de los autores Ricardo Allegri y Fernando Taragano este último especializado en el tema de la enfermedad y que, tenía numerosos trabajos acerca de la depresión en ancianos institucionalizados. El mismo, es médico gerontoneuropsiquiátrico. Dentro de la citada bibliografía y desde los trabajos de Neuropsiquiatría ó Neuropsicología, es importante el diagnostico diferencial de la depresión geriátrica con la demencia, y sobre este tema, se comunico que no se registraba información desde una mirada específica de Terapia Ocupacional. Y se sugirió Investigar en el área psiquiátrica. Desde otras asociaciones a las cuales se solicito sobre el tema no se recibió contestación alguna.