

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

“Depresión en el Adulto Mayor institucionalizado, vinculado con las relaciones
socio-familiares”

Autora: Cecilia Grano

Director: Lic. Benítez Belén

Docente asesora: Mg. Córdoba, Natali

Rosario, 10 de noviembre de 2020

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

«” No dejamos de jugar porque envejecemos. Envejecemos porque dejamos de jugar”. George
Bernard Shaw

Resumen:

La enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina que en el último siglo y particularmente en los últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las ciencias de la salud. «Ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual. En el siguiente trabajo se intentará analizar la relación que existe entre las características de los vínculos socio-familiares y la presencia de depresión según sexo y edad en los Adultos Mayores institucionalizados en Hospital Geriátrico Ayolas, sito en la ciudad de Rosario, el cual alberga 200 internos que residen de forma permanente y los cuales se encuentran divididos en diferentes alas del efector por género, patologías, etc. Este trabajo se llevará a cabo durante el segundo trimestre del año 2021.

Este trabajo tendrá un abordaje cuantitativo, no experimental. Asimismo, dentro del diseño no experimental, se tomará el diseño transversal, en el cual se recolectarán los datos en un solo momento, en un único tiempo. Dentro de este diseño se tomará el estudio analítico; porque este trabajo planteará y explicará relaciones causales entre las variables. El diseño será descriptivo, ya que tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. El estudio según la ocurrencia de los hechos será Prospectivo. En cuanto a la población, se tomará una muestra de tipo no probabilística. El tipo de instrumento que se utilizara para la investigación; es la técnica de encuesta, con preguntas cerradas y con respuestas dicotómicas. Se trabajarán con variables simples y complejas intentando desentrañar si el problema planteado podrá modificarse; luego de codificadas y tabuladas las variables, estas se representarán en gráficos de barras.

Palabras claves: Envejecimiento-Adulto mayor institucionalizado-Relaciones socio-familiares-Depresión.

INDICE GENERAL:

Resumen y Palabras Clave	3
Índice General	4
Introducción	5
Objetivos	8
Objetivo General:.....	8
Hipótesis	9
Propósito del estudio	9
Marco teórico	9
Material y Métodos	29
Sitio de la investigación.....	29
Población y Muestra.....	30
Instrumentos y técnicas de recolección de datos.....	31
Operacionalizacion de las variables.....	32
Personal a cargo de la recolección de datos.....	34
Plan de análisis.....	34
Cronograma de Actividades.....	35
Bibliografía	36
Anexos	38
ANEXO I.....	39
Guía de relevamiento de datos del sitio.....	39
ANEXO II.....	42
Instrumento de recolección de datos.....	42
Consentimiento Informado.....	45
ANEXO III.....	46
Resultado del estudio Exploratorio.....	46
ANEXO IV.....	47
Resultado de la prueba piloto.....	47

Introducción

Según Silvina Codias, el estudio del envejecimiento humano se ha convertido en una temática insoslayable en la agenda pública mundial. En el siglo XX se ha visto una revolución en la longevidad. A nivel macro y micro la población del Adulto Mayor (AM) ha crecido en forma precipitada y esto hace que nos preguntemos como estos adultos vivirán esta etapa de su vida; cuáles serán sus vínculos, como sustentaran sus gastos, como se adaptaran a los nuevos cambios que producen un quiebre en la vida de cualquier persona. (Fassio M. M., 2012)

En América Latina, en los últimos 50 años, la esperanza de vida ha aumentado casi 20 años. La demografía nos muestra que nuestro país ha envejecido y que esta tendencia se profundizará en los próximos años. La República Argentina se encuentra entre los países más envejecidos de América Latina, junto a Uruguay, Cuba y Chile. El envejecimiento de la población es un fenómeno que carece de precedentes y que se profundizará en el tiempo. (Salazar-Acosta A. T., 2016)

En Argentina los mayores de 60 años constituyen el 13,4% de la población del país. De ellos 4.757.395 fueron censados en hogares familiares, 502 en hogares en situación de calle y el resto en instituciones colectivas (114.060) constituyendo el 2,3% de la población adulta mayor. Del total de personas institucionalizadas una de cada tres tiene 60 años y más (34,3%), siendo la diferencia por género abrumadora: casi cinco de cada diez mujeres (48,3%) institucionalizadas son adultos mayores en tanto que sólo lo son algo más de dos cada diez varones (22,5%). Las categorías censales de la variable instituciones colectivas son: hogar de ancianos. Así, el 61% de los mayores institucionalizados residen en hogares de ancianos (70.003) y el resto agrupados en las otras instituciones colectivas; es de destacar que el registro de población institucionalizada sólo se realiza en el país cada diez años en el marco de los operativos censales de población y vivienda. (Salazar-Acosta A. T., 2016)

Con respecto a la cobertura de obra social la población mayor que se encuentra menos cubierta, como era de esperar, es la que se encuentra en situación de calle, siendo más vulnerables los varones que las mujeres (88% de ellos carece de cobertura vs. el 77% de las mujeres) Entre los varones algo más del 70% se encuentra cubierto independientemente si habita instituciones o viviendas particulares, mientras que entre las mujeres la situación de cobertura por obra social es mayor para las que habitan hogares colectivos que en viviendas particulares (87% vs. 79%). Si bien la educación no es un indicador determinante en lo que respecta a la población mayor, debido

a la falta de acceso cuando fueron jóvenes y a la valoración diferencial de las credenciales educativas en épocas pasadas, la no concurrencia y/o la no conclusión de la escolaridad primaria (menos de 7 años de escolaridad) es un indicador de vulnerabilidad. Independientemente del tipo de hogar que se habita la situación de las mujeres mayores es más desventajosa que la de los varones. Sin embargo, no existen diferencias sustantivas entre la población institucionalizada y la que vive en viviendas particulares, en tanto que el nivel educativo de varones y mujeres mayores en situación de calle es muy bajo (aproximadamente seis de cada diez mayores que habitan en hogares en la calle tiene menos de 7 años de escolaridad aprobados) y uno de cada cuatro no sabe leer y escribir. La percepción de jubilación o pensión es un derecho de los mayores relacionado con la independencia económica. La cobertura previsional para aquellos que se encuentran institucionalizados es mayor que para los que habitan hogares particulares: la hipótesis explicativa de esta situación es la de mayor cobertura de pensiones por edad en la población que habita residencias públicas y la de jubilaciones ordinarias para los que habitan residencias privadas. No existen diferencias sustantivas de cobertura por sexo entre los varones y mujeres que habitan en viviendas particulares (58% y 59% respectivamente), en tanto que la diferencia de cobertura por sexo para los que habitan instituciones colectivas es de 17 puntos porcentuales (64% de los varones vs. 81% de las mujeres). El estado civil legal de las personas es una aproximación a las redes familiares que se fueron construyendo a lo largo de la vida; la mitad de la población mayor está casada y algo más que una tercera parte es viuda/separada/divorciada. Entre aquellos que habitan en viviendas particulares estas proporciones son similares; en tanto que entre los que habitan instituciones la carencia de cónyuge es la regla: sólo dos de cada diez están casados, tres de cada diez son solteros y cinco de cada diez viudos/separados/divorciados (Salazar-Acosta L. M., 2016)

El aumento de la esperanza de vida a nivel mundial debe ir de la mano de una mejor calidad de vida en esos años.

Actualmente, la esperanza de vida es de 72,7 años en hombres y 78,1 años en mujeres. En Latinoamérica los datos de prevalencia en el adulto mayor también son variados. En México, varía entre 26% y 66%; un estudio en población marginal reportó depresión de 60%. En Perú, se reporta 15,97% de depresión en pacientes hospitalizados y 9,8% en la comunidad. En Colombia, un estudio en pacientes ambulatorios encontró depresión en 11,5% de mujeres y 4% de hombres; otro estudio multicéntrico encontró 47% de depresión en pacientes hospitalizados y la encuesta nacional de salud reportó de 49 a 60% de depresión en adultos mayores. En Chile, la prevalencia de depresión se ha reportado entre 7,6% y 16,3%. Estas cifras muestran un gran aumento de la población en el adulto mayor, siendo las mujeres las mayormente institucionalizadas, ese cambio

en esa etapa del AM, experimenta diferentes cambios en su modo de vida y a veces estos cambios conllevan a diferentes patologías; como la aparición de la depresión.

Un estudio longitudinal realizado por la facultad de Psicología de Mar del Plata, de 14 años en 4 922 personas de entre 71 y 89 años, encontró asociación entre demencia y depresión, pero solamente los primeros 5 años; además, los hombres con historia de depresión tienen mayor riesgo de desarrollar demencia. Es probable que la depresión sea un marcador de demencia incipiente. La depresión de inicio tardío se asocia más a menudo con deterioro cognitivo que la depresión temprana. Se encontró que la depresión de inicio tardío era más severa y afectaba mayormente la cognición en cuanto a memoria, fluidez verbal y habilidades visuo-espaciales. El uso de alcohol y drogas para aliviar el estado de ánimo es común en todas las personas, pero se asocia especialmente, con el incremento de la comorbilidad psiquiátrica, ansiedad y trastornos de personalidad. (Fassio A., 2007)

Sin embargo, un estudio en USA reportó que la prevalencia de trastornos del humor, la ansiedad y el consumo de sustancias durante 12 meses y durante toda la vida fue menor para los adultos mayores de 65 años, que para los grupos de edad más jóvenes. Muchos adultos mayores reciben tratamiento farmacológico para trastornos neuro-psiquiátricos; las benzodiazepinas en combinación con antidepresivos se prescriben de manera inconsistente con las normas. Se debe tener en cuenta para la prescripción de antidepresivos los riesgos de esta práctica generalizada. El suicidio es una importante causa de muerte en USA y las tasas aumentan en hombres blancos mayores de 75 años. Después de los 85 años, las tasas son 5 veces más altas que la población general y el consumo de alcohol eleva aún más el riesgo. Estos procesos de adaptación se relacionan íntimamente con las relaciones socio-familiares, que es uno de los factores que determinaran el bienestar del AM. (M., 2018)

Asimismo, no se debe obviar que, según estudios estadísticos antes mencionados, la calidad de vida y como esta haya transcurrido determinara la mejor adaptación en una institución geriátrica. De acuerdo a estos datos estaremos en condiciones de enfrentar el desafío de conocer que factores son los que interviene en la aparición de síntomas de depresión y como se trabajaran para mitigar este mal que sufre el AM, y que frente a la prevención puede minimizar síntomas y aparición de esta.

A nivel global, la población mayor de 65 años crece a un ritmo más rápido que el resto de otros segmentos poblacionales. Según datos del informe "Perspectivas de la población mundial 2019", en 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), más que la

proporción actual de una de cada 11 en este 2019 (9%). Para 2050, una de cada cuatro personas que viven en Europa y América del Norte podría tener 65 años o más. En 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más superaron en número a los niños menores de cinco años en todo el mundo. Se estima que el número de personas de 80 años o más se triplicará, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050 (OMS, 2019)

En consecuencia, frente a estas estadísticas en el crecimiento demográfico del adulto mayor, aparece la necesidad del cuidado y asistencia de estas que ya no pueden desenvolverse de forma autónoma, o bien no cuentan con relaciones vinculares que posibiliten contención, factores económicos, etc. Es por ello que se precipita la decisión de institucionalizar al Adulto Mayor(AM), y con ella se desata una patología recurrente en los adultos; la depresión; que es uno de los trastornos neuro-psiquiátricos más frecuentes en personas mayores de 65 años (Salazar-Acosta L. M., 2016)

Como resultado de esta pesquisa y dada lo que representa la magnitud de esta problemática se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Qué relación existe entre las características de los vínculos socio-familiares y la presencia de depresión, según sexo y edad en los Adultos Mayores institucionalizados en la residencia de adultos mayores, en la ciudad de Rosario, durante el segundo trimestre del año 2021?

Describiendo los siguientes objetivos:

Analizar la relación que existe entre las características de los vínculos socio-familiares y la presencia de depresión según sexo y edad en los Adultos Mayores institucionalizados en la residencia Ayolas de adultos mayores, en la ciudad de Rosario, durante el segundo trimestre del año 2021.

Objetivos específicos:

- Identificar qué factores precipitan la aparición de la depresión
- Determinar sexo y edad de los adultos mayores institucionalizados
- Analizar a través de la escala de depresión geriátrica de Yesavage la relación entre la presencia de depresión y vínculos socio familiares.

Hipótesis:

- Los adultos mayores de sexo femenino tienen mejor adaptación al proceso de institucionalización

-A mayor presencia de vínculos socio-familiares, menor predisposición de desarrollar depresión en el Adulto Mayor institucionalizado.

-A mayor edad, mayor predisposición a la presencia de depresión del Adulto Mayor.

Utilidad del estudio

-Generar espacios de intercambios y encuentros entre el adulto mayor-familia e institución, propiciando encuentros en donde el AM pueda expresar necesidades en cuanto a sus relaciones socio familiares y requerimientos hacia la institución para una mejor estadía y calidad de vida.

-Enseñar estrategias de afrontamiento activas ante los cambios propios del envejecimiento a través de talleres donde el AM puede desarrollar tanto sus destrezas físicas como psíquicas, y el resultado de esas actividades sean para retroalimentar a la propia comunidad AM.

-Generar actividades que favorezcan la estimulación sensorial, emocional y mental, a través de juegos de mesa, actividades compartidas con sus pares, armado de rompecabezas, juegos de destreza visual, actividades al aire libre, ejercitación pasiva, talleres grupales de teatro o expresión corporal.

-Implementar un programa de prevención de la depresión en población anciana con factores de riesgo a causa de la institucionalización.

Todas estas propuestas enmarcadas en un proyecto, serán presentadas ante autoridades de la institución donde se enmarca el estudio de la investigación.

Marco Teórico

Los adultos mayores que poseen escasa red de apoyo familiar y social, y son institucionalizados, tienden a presentar más síntomas depresivos que quienes cuentan con una adecuada red de apoyo, como lo reportado en el estudio de Aranda, Pando, Flores, García. Esto podría deberse a que al perderse capacidades integrativas y mentales se reduce la posibilidad de responder eficazmente ante el medio y su relación con los demás, perpetuándose así el autoaislamiento, la sensación de soledad y la baja autoestima. (Segura-Cardona, 2015-16)

Durante nuestra vida transitamos por una serie de etapas que, sin lugar a dudas, producen un grado de tensión por la adaptación que cada uno de éstas requiere. Estas distintas etapas corresponden al proceso normal de crecimiento y desarrollo que los seres humanos experimentamos. La vejez, en este sentido, representa la última etapa de nuestro ciclo vital y la

manera cómo esta se viva no tan sólo está determinada por el aspecto social o la imagen social que cada cultura tiene de ella, sino que además por la manera cómo se han vivido las etapas anteriores a la vejez. No obstante, el envejecimiento es un proceso que vivimos todos los individuos, es un proceso que es individual y diferente entre las personas de una misma sociedad, pero también es social, pues en cada sociedad existe una valoración específica de la vejez que de alguna forma condiciona el cómo se vive esta etapa de la vida (Prieto, 2014)

Por esa razón, existen variados mitos acerca de la vejez, que hacen ver al adulto mayor como a una persona diferente y no como a un igual. A estas personas se las denomina de distintas maneras: tercera edad, edad de oro, senectud, etc. Estos términos, distintos en su escritura y oralidad, en general producen inquietud ya que nos remiten a uno de los aspectos más angustiosos para el ser humano occidental; que es la vejez y la cercanía con la muerte. Dicho proceso, natural e irremediable para todo ser vivo, representa preocupación y temor que no solo nos impulsa a un constante cuestionamiento de nuestra vida sino, además, especialmente en la sociedad actual, conlleva un interés por evadir lo que el envejecimiento supone, siendo esto último significativamente condicionado por el contexto social, económico y cultural en el que nos corresponde vivir. Para aquellas personas que están viviendo esta última etapa de su ciclo vital en la sociedad, la vejez representa no solo la cercanía de la muerte sino también el alejamiento social de lo que había sido su rutina cotidiana, el trabajo, los amigos, el cuidado de los hijos, su hogar, etc. Variados autores se refieren al proceso de envejecimiento como “al modo en que los individuos se transforman con el correr del tiempo, dependiendo este proceso de la interacción compleja de fuerzas biológicas; está referida a la posición del individuo en cuanto a la duración de su vida y con los procesos que la limitan y condicionan; corresponde a fuerzas psicológicas que están relacionadas a la sensación de sentirse viejo y ambientales o sociales, relacionadas con la posición del individuo en cuanto a las normas y roles de su grupo o de su sociedad, aquí se entremezclan la vejez biológica, cronológica y psicológica pero no están definidas por éstas”. Desde una perspectiva psicológica, el envejecimiento tiene mucha relación con lo social y lo cultural ya que, si bien éste es distinto en cada uno de los individuos, la convivencia intergeneracional, se da en una misma sociedad. Cada sociedad tiene una cultura determinada lo que significa valores, costumbres, gustos, etc., y esto es lo que en gran medida condiciona la forma en que se representa el envejecimiento y esta representación social condiciona también de algún modo incluyendo el ámbito psicológico de cada persona, generando también un autoconocimiento. Los cánones de “normalidad” y de “anormalidad” también están condicionados socioculturalmente y naturalmente la mayoría de las personas prefiere estar dentro de los patrones considerados “normales” de comportamiento. Es por ello que, si bien el proceso de envejecimiento tiene

componente biológico importante e inexorable, la vejez propiamente tal, no es tan sólo biológico, sino que también se representa en la esfera de lo psíquico y por ende en lo social, es decir que el proceso de cambio que vive el ser humano, no tan sólo está ligado a las funciones somáticas de cada individuo, sino también a las funciones psico-espirituales y a las estructuras sociales en el cual se desarrolla. Esto hace que el proceso de envejecimiento, como las otras etapas de la vida (niñez, juventud y adultez) vayan asumiendo modificaciones que tienen que ver con las vivencias y el comportamiento experimentado y esperado en el transcurso de la vida de las personas, lo que, en el caso de la vejez, tiende a promocionarse una suerte de aislamiento social (Rivas, 2005)

Por esa razón, la institucionalización como una alternativa de atención continua a lo largo de la vida de estos AM implica una pérdida de la libertad y de la oportunidad de inserción en comunidad, otros privilegian la oportunidad de cuidados, mientras que existe un tercer grupo en general de escasos recursos y sin familia, que se encuentra en situación de aislamiento y su percepción es la de una vejez en soledad para el que es una alternativa de incremento de las relaciones sociales. Estas opiniones son coincidentes con algunas tensiones analizadas en la literatura respecto de las residencias de AM entre la reducción de la incertidumbre por medio de la homogeneización y estandarización creciente centrada en la despersonalización e indiferenciación de los residentes a partir del apelativo de “abuelos” y /o su infantilización, y el esfuerzo que hacen los mismos viejos para que sea reconocida su identidad y autonomía. Sin embargo, no se puede omitir que estas tensiones que conforman parte de la cultura de la residencia no son productos aislados emergentes de las prácticas y valores organizacionales, sino que las organizaciones son la objetivación de un orden social en un momento y espacio determinados, es decir que la cultura organizacional expresa, en parte, el significado compartido socialmente sobre las formas en que las instituciones regulan los intercambios entre individuos y organizaciones (Pérgola, 2018)

Al institucionalizarse el adulto mayor debe dejar el ambiente familiar para internarse en una institución en la cual el entorno es mucho más regulado, formalizado e impersonal, la reducción del tamaño de la familia, la falta de recursos y soluciones comunitarias generan el aumento de la internación geriátrica. De esta forma, el anciano deja el ambiente familiar de su casa para internarse en una institución impersonal donde no va a poder tomar decisiones sobre asuntos cotidianos y llevar a cabo tareas de todos los días, produciéndose el llamado "estrés por reubicación", ya que el ingreso a una residencia implica desarraigo y sobreesfuerzo de adaptación. Al respecto, un aspecto fundamental del traslado del AM a instituciones es el cambio que se produce en la percepción del control sobre los sucesos de la vida cotidiana. Más aún, autores como

Mora, Villalobos, Araya, Ozols han revelado que la internación geriátrica acelera el deterioro, los niveles de depresión el grado de dependencia debido a sentimientos de soledad por encontrarse separados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas, con mayores factores de riesgo como sedentarismo, aislamiento. Presentando discapacidades más visibles y requiriendo mayor ayuda para realizar actividades de la vida diaria. Pero ahora centrémonos en las relaciones vinculares del AM; La Familia, primera institución vincular y social que desde su origen tiene varias funciones que podríamos llamar universales, tales como: reproducción, protección, la posibilidad de socializar, control social, determinación del estatus para el niño y canalización de afectos, entre otras. La forma de desempeñar estas funciones variará de acuerdo a la sociedad en la cual se encuentre el grupo familiar a la confluencia de intrínsecos aspectos a su naturaleza como lo son el aspecto histórico, político, socio-cultural y por el desarrollo psico-afectivo de sus miembros, cada familia es única y diferente, no sólo por las relaciones, roles y el número de personas que la forman, sino también por las actividades y trabajos que realizan o la manera en que se organizan y proyectan. Ciertamente, “La familia es un sistema autónomo, pero al mismo tiempo, es interdependiente, no tiene la capacidad de auto-abastecerse por sí sola, necesita a la sociedad y ésta a la familia, porque su retroalimentación hace posible su permanencia” de allí la importancia de su protección jurídico-social (Pussin, 2005)

Señala Meltzer que los conocimientos, habilidades y adquisiciones de cada sujeto, tienen un significado particular para el mundo interno de las personas, así como para el entorno social del que forman parte, sea el ámbito familiar, como en las instituciones educativas.

La familia, las relaciones entre sus miembros, tienden a favorecer la promoción y el desarrollo de determinadas funciones, influidas por la cultura, los intereses, los hábitos.

La familia es descrita por Meltzer como una organización más o menos estable, cuya intención explícita es nutrir el desarrollo de sus miembros para la preservación del grupo.

Las funciones principales que se evidencian en el seno del grupo familiar en mayor o menor grado, según la estructura de cada grupo, son según Meltzer: generar amor, promover esperanza, contener el dolor depresivo, pensar, promulgar odio, sembrar desesperanza, emanar ansiedad persecutoria, crear mentiras y confusión.

Meltzer retoma diversos fenómenos y características del funcionamiento psíquico grupal, descritos según algunas nociones claves de Bion; una de ellas es la mentalidad de grupo, que

define la sumisión inconsciente de sus miembros a la voluntad grupal, y de consecuencia las dificultades, las angustias persecutorias que siguen a todo cambio de carácter evolutivo.

Meltzer apoyándose en Bion, considera la familia como un Grupo de Trabajo, que se constituye cuando hay cooperación en el tiempo, en la comunicación y el pensamiento.

En este grupo tiene validez el aprendizaje por la experiencia, que es el resultado de una experiencia emocional en la cual los datos caóticos y las ansiedades persecutorias, son sometidos a un objeto, interno o externo, de transferencia parental, para que los ponga en orden.

El aprendizaje tiene el significado de una identificación introyectiva ya que se resuelve el problema inmediato, es decir, la adquisición de una habilidad o un saber, pero fundamentalmente se aprende acerca de los modos de pensamiento utilizados en la resolución.

El autor que seguimos, expone en forma explícita la teoría del aprendizaje implícita en el modelo de la mente Klein-Bion. Distingue las modalidades que pueden ser utilizadas por cualquier individuo y aclara, sin embargo, que su experiencia psicoanalítica revela que las modalidades de aprendizaje preferidas inciden en el carácter y están profundamente influidas por las utilizadas en el grupo familiar **nutriente** y por el estado de organización del mismo. (MELTZER, 1978) (BION, 1963)

Estas funciones son ejercidas según los roles especiales que ocupan sus miembros, que están definidos culturalmente en cuanto a responsabilidades, privilegios y prerrogativas y que varían de cultura en cultura.

El autor subraya su intención de presentar un modelo dinámico, que implique el cambio como factor constante en los procesos de vida de la familia y la comunidad; recuerda que su intención es descriptiva y no la de exponer un concepto ideal.

Otro enfoque sobre la familia y su conformación, según Ana Quiroga son que los diversos tipos de organización familiar, representan, al mismo tiempo tendencias generales y estados momentáneos que pueden manifestarse en forma sucesiva.

Si el aprendizaje es constitutivo de nuestra subjetividad, se puede afirmar, siguiendo a Ana Quiroga “...que no sólo somos en cada aquí y ahora, sino que también hemos construido una trayectoria de aprendizajes que nos han permitido ir adquiriendo modelos más o menos adaptativos”

Según Ana Quiroga, una matriz de aprendizaje es: “Un modelo interno en base al cual cada uno organiza y simplifica el universo de su experiencia, el universo de conocimiento. Es una estructura a la vez personal y social” (particular y compartida)

Entonces, en base a lo ya expresado, se empezará por abordar cómo se constituyen los primeros modelos de aprendizaje, las matrices, si queremos llamarlo así. Desde luego que estos son modelos de interacción familiar... se gestan en la familia. ¿Por qué la familia? Porque este ámbito primario, escenario de nuestras primeras experiencias, es el que da pie a que se constituya nuestra subjetividad.

Porque La Familia es un ámbito de vínculos en el que se dan experiencias de intensa emocionalidad que van dando forma al ser humano, ser que por lo demás-a diferencia de los animales- es inicialmente absolutamente dependiente y carente y que sólo puede subsistir gracias al soporte de otros. Como diría Pichón Rivièrè “Es un ser en y por la relación con otro”.

Entonces como decía la autora; la familia es una organización grupal que configura el mundo interno del sujeto a través de la internalización de las relaciones que se dan en su interior. Es así como el sujeto se constituye en esta estructura de interacción, en el seno de la cual construirá sus primeros modelos de aprendizaje. Desde luego que los procesos de aprendizaje de la realidad externa estarán determinados por las características que resultan del aprendizaje de la realidad interna, establecida entre el sujeto y sus vínculos internos.

En este grupo primario, la existencia de un ser por nacer promoverá en cada uno de sus miembros fantasías, afectos de aceptación y/o de rechazo, adjudicación de roles que incluso pre-existen al sujeto y que, en cierta medida diseñan y designan su lugar en la familia.

Cuando decimos que la familia es un ámbito de vínculos, hay que explicitar de entrada qué se entiende por vínculo. Pichón Rivièrè, quien –en lugar de utilizar el término objeto interno, concepto presente en el psicoanálisis desde Klein-de las relaciones objétales – prefirió usar el concepto de vínculo y lo definió como una estructura dinámica en continuo movimiento, que engloba tanto al sujeto como al objeto y que de ello resulta una conducta, conducta que tiende a repetirse tanto en la relación interna como en la relación con otros (Quiroga, 1985)

De la misma manera en las relaciones familiares se desarrollan carencias de tipo afectivo por déficit de interacción social, pérdida de contacto social y problemas de movilización bastante acentuados en los AM. Al respecto, el abordaje del tema de las relaciones sociales e interpersonales

en la tercera edad es acogido por muchos desde una perspectiva negativa. Continuando con el modelo que la teoría de la desvinculación, los ancianos se retiran de la sociedad por la ruptura de las relaciones sociales, por el cese de las funciones y por una reducción del compromiso con las normas y valores. La ruptura, en lo que respecta a las relaciones sociales, está determinada por la conjunción de una serie de factores tales como: alejamiento de las conexiones personales establecidas en el trabajo (con la pérdida del rol laboral), carencia afectiva percibida con los hijos, y escasez en lo que se refiere a los enlaces con parientes y amigos que se van dejando por el camino como consecuencia de la distancia o la muerte. (Rivas, 2005)

Este conjunto de cambios inexorables en la dinámica diaria del AM, producirá un efecto en este que culminará en ciertos casos en la tan temida "Depresión".

La dimensión antropológica de la depresión, defendida por los psiquiatras y psicólogos humanistas ha sido negada, en la práctica, por la corriente biologista actual de la psiquiatría, que distingue entre la depresión como enfermedad biológica (endógena), según ellos tal vez de procedencia genética; y la "depresión" como trastorno reactivo (exógeno). Si la depresión resultara que es una enfermedad fundamentalmente biológica, entonces la única cura posible sería la farmacológica, (la medicina "genética" es todavía un proyecto); aunque, paradójicamente, los "trastornos depresivos reactivos", aunque no son "endógenos", los tratan farmacológicamente "como si fueran una depresión".

¿Pero, existe realmente la depresión endógena? Lo endógeno (del griego, *endo-genos*, cuya traducción al latín sería, *intus genitus, domi natus*, es decir, nacido dentro, en casa), es considerado por los psiquiatras biologists como lo que tiene procedencia del cuerpo (y tal vez de la genética); en el caso de la depresión, se afirma su carácter hereditario, afirmándose su independencia etiológica de lo exógeno, considerando como su manifestación más clara el trastorno bipolar mayor. Sin embargo, cuando tratan de explicar el concepto de endógeno, que usan con profusión, no aportan la necesaria claridad conceptual. Por ello, su existencia es ya negada por un número creciente de autores, que se atreven a denunciar el carácter de "creencia" de dicho concepto: "Ningún psiquiatra cabal y actualizado dirá que existen pruebas que demuestren con certeza una causa biológica de la depresión, ni afirmará que la genética pueda, hoy por hoy (ni mañana, ni pasado), dar razón de ella. Sin embargo, en su práctica clínica, cuando cree que ha de explicar a sus pacientes qué les pasa, o cuando aparece en algún medio de comunicación y debe contestar las preguntas que se le plantean, lo más probable es que actúe como si tales pruebas existieran".

Frente al biologismo de la explicación endógena de la depresión, va ganando terreno la consideración antropológica de la depresión que la define como "hundimiento vital". "La depresión siempre es una enfermedad psíquica porque implica cierto grado de alienación biográfica. Toda enfermedad depresiva perturba el desarrollo biográfico con la introducción de elementos psicosociales y biológicos ajenos a la línea biográfica. Tal alienación se acompaña con cierta merma de la libertad interior. La degradación de la libertad interior en el contexto de una alienación biográfica más o menos evidente, puede tomarse como uno de los posibles 'santo y seña' propios de la alteración psíquica patológica. En otras palabras, la depresión es un trastorno psíquico, con incidencia en lo somático. Como trastorno psíquico (al igual que otros trastornos psíquicos, como la anorexia y la bulimia, las neurosis etc.) tiene una importante incidencia (lesión) en lo somático, y sólo puede curarse mediante un tratamiento psicoterapéutico, acompañado de un tratamiento médico coadyuvante, que suprima las lesiones producidas. Esta presencia de la "lesión corporal" no es una "somatización" (al estilo de las "conversiones somáticas" de los conflictos psíquicos, que se dan, por ejemplo, en la histeria), sino que cuando comienza el trastorno psíquico hunde sus raíces y anida en lo somático, transformándose en psicofísico. Por lo tanto, la depresión es una "enfermedad psicofísica" y no un mero trastorno reactivo y exógeno.

Se podrá concluir esta inicial demarcación conceptual de la depresión, diciendo con F. Alonso: "la totalidad semiológica de la depresión se resume presentándola como una depresión [hundimiento] vital", en la que lo biológico y lo cultural se aúnan para manifestar el sufrimiento que padece el hombre "por vivir".

Para S. Freud, en su conocido trabajo, **La aflicción y la melancolía** (1917) dice que la aflicción es la tristeza por la pérdida de un ser querido, la cual no se considera patológica; mientras que el "melancólico" "sabe a quién ha perdido, pero no lo que con él ha perdido". "En la aflicción, el mundo aparece desierto y empobrecido a los ojos del sujeto. En la melancolía, es el yo el que ofrece esos rasgos a la consideración del paciente".

En la aflicción "duele la muerte", la "pérdida". La muerte o la pérdida, por mucho que se esperen, siempre son una sorpresa. La elaboración del duelo suele realizarse mediante el "luto", que es una manera de "compadecer" con el difunto, de "morir" (socialmente) con él. La elaboración del duelo, cuando más exterior y grupalmente compartida, es menos dolorosa; cuanto más inhibida e individual, es mucho más lacerante.

La melancolía depresiva y la aflicción comparten síntomas. En el duelo y la melancolía coexisten el ánimo dolorido, la tristeza, el desánimo, el llanto etc., pero se diferencian en una cosa: en la melancolía el sujeto habla de sí mismo como de otra persona ("psicosis depresiva"). El melancólico ha incorporado a su interior la persona muerta, por lo cual se auto acusa, se auto devalúa, se auto culpa.

Cuando la "pérdida" genera tristeza, es posible elaborarla a través de un proceso y tiempo prudencial (tiempo del duelo y el luto). Pero, cuando está dominada por la auto devaluación y la auto culpa, tenemos ya depresión o melancolía

Tetradimensionalidad de la depresión

Podemos agrupar los síntomas que construyen el síndrome depresivo en cuatro dimensiones que facilitarían, tanto la construcción del diagnóstico de la depresión, así como una didáctica analítica de los rasgos interiores del hecho depresivo.

El "humor depresivo"

No nos referimos a la "bilis negra" (melancolía), sino al "humor que ve todo negro", a la "desvinculación" con el mundo, al "desapego a la vida". Las metáforas vivenciales de "estar en el fondo de un pozo", de "estar en un túnel oscuro", de "estar en un lugar que se va estrechando", son expresivas de esta amargura existencial. El depresivo piensa que "muriendo se acabaría el sufrimiento de vivir", que "muriendo se arreglarían todos los problemas", que "muriendo pagaría la culpa por algo".

El "humor depresivo" sustituye el narcisismo egocéntrico por el "vaciamiento del yo", sin proyectos de futuro, sin posibilidad de gozar de la vida; por el contrario, se siente devaluado en su autoestima, tiene ideas de ruina respecto al mundo exterior y, sobre todo, se siente culpable, lo que puede llevarle al suicidio.

La "anergia"

La depresión se caracteriza por la falta de "pulsión vital", por el vaciamiento y enlentecimiento somático y psíquico de la vitalidad.

Esta falta de energía vital comienza con apatía, aburrimiento, pasotismo, desmotivación, alejamiento e inhibición; le siguen amnesias anestésicas, rigidez e inmovilismo, insensibilidad y

astenia. No son extraños, en este estado de anergia depresiva, la total desmotivación sexual, la inapetencia alimentaria, la desmotivación laboral etc.

Podríamos distinguir, para una mayor claridad, entre un enlentecimiento físico (fatiga, movimientos lentos, descoordinación motriz, sensación de sentirse cansado, aunque no se haya hecho nada etc.), y un enlentecimiento cognitivo (déficit de memoria, falta de concentración, desconexión comunicativa tanto emisora como receptiva, sensación de "me cuesta trabajo pensar" etc.).

La "discomunicación"

En la depresión hay un notable descenso de la comunicación (escrita, hablada, gestual, ritual, de indumentaria, proxémica, protésica, estética, ornamental etc.). El depresivo emite poca comunicación personal (pocas palabras, gestos aversivos y hostiles, mirada perdida y facies depresiva etc.), y se expresa sobre todo a través de los síntomas (humor depresivo, anergia, llanto, quejas etc.); pero, tampoco admite suficiente comunicación exterior ya que se inhibe del mundo que le rodea (incapacidad de sintonizar, empobrecimiento en la recepción de mensajes, introversión etc.).

La discomunicación depresiva es baja, cualitativa y cuantitativamente, tanto en la emisión como en la recepción de mensajes (descenso en los niveles de abstracción, racionalización y conceptualización de los contenidos), pero, sobre todo, en la urdimbre afectiva y emocional (inhibición afectiva para con los otros, incluidas las personas queridas; incapacidad de compartir emociones placenteras y hasta displacenteras), por lo que parece comportarse como un "autista". Esta discomunicación se quiebra a veces por excesivas demandas de cuidado (sobreprotección y dependencia), por la irritabilidad y hasta la agresividad.

La ritmo Patía

Los trastornos en el ritmo circadiano (sueño roto, mañanas inhibidas y mejora por las tardes, alteración de los horarios alimentarios etc.), de los ritmos estacionales (mayor incidencia depresiva en otoño y primavera), la especial percepción del tiempo en el depresivo (mayor interés por el pasado, aislamiento de la realidad presente y negación del futuro), el enlentecimiento anérgico del "pasar las horas" de la "lenta duración de la actividad" etc.).

Uno de los trastornos más importantes del depresivo lo constituyen las roturas de los tiempos del sueño y la vigilia. El depresivo suele tener un insomnio tardío (se acuesta y duerme tarde), sueño fragmentado y con frecuentes pesadillas, pocas horas de sueño y sentimiento de no haber descansado. Tras un despertar precoz, queda postrado en la cama con ausencia de luz (persianas bajadas) hasta, más o menos, al mediodía: Por la tarde, suelen experimentar una cierta mejoría. Son escasos los depresivos con hipersomnias y empeoramiento por las tardes. La ritmopatía puede verse acrecentada por los cambios de turnos laborales (turnos de día y de noche), por los vuelos transmeridianos (de este a oeste y viceversa).

También son considerables los cambios de ritmo, no sólo transmeridianos, sino de latitud (de norte a sur y viceversa), las horas de luz y sol, los efectos de la temperatura ambiental etc. (Aguirre, 1989)

Asimismo, la depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar fármacos y psicoterapia profesional

Aunque el síntoma más representativo de la depresión es la tristeza no es el único ya que también pueden darse síntomas anímicos, motivacionales o conductuales, cognitivos, físicos o interpersonales. Así, la sintomatología depresiva puede clasificarse en:

Síntomas anímicos: tristeza, irritabilidad, incapacidad para sentir, sensación de vacío, ansiedad, y otros síntomas.

Síntomas motivacionales y conductuales: anhedonia (incapacidad para sentir placer de tareas que anteriormente resultaban placenteras), apatía, abulia (falta de voluntad o energía para hacer algo), retardo psicomotor, inhibición conductual, etc.

Síntomas cognitivos: dificultades importantes en las funciones ejecutivas y en las capacidades cognitivas como memoria, atención, concentración, velocidad de procesamiento, distorsiones cognitivas, pensamientos de inutilidad y culpa, etc.

Síntomas físicos: alteraciones del sueño, alteraciones del apetito, deseo sexual inhibido, dolores de cabeza, náuseas, vómitos, malestar gastrointestinal, etc.

Síntomas interpersonales: relaciones interpersonales deterioradas producidas, en muchos casos, por el rechazo que generan en los demás las personas que padecen depresión, debido a sus múltiples quejas y falta de motivación.

Enfocándonos en los síntomas cognitivos algunas de las capacidades cognitivas y funciones ejecutivas que primero se deterioran en personas con depresión son:

Atención: capacidad de generar, seleccionar, dirigir y mantener un nivel de activación adecuado para procesar la información relevante.

Velocidad de procesamiento: capacidad que establece la relación entre la ejecución cognitiva y el tiempo invertido. Permite procesar información de forma rápida y automática.

Aprendizaje: transformaciones relativamente estables en el comportamiento suscitadas por distintas experiencias que dan lugar a la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades.

Memoria: registra, almacena y elige las distintas experiencias, ya sean ideas, imágenes, acontecimientos, etc.

Razonamiento: capacidad para resolver problemas, extraer conclusiones y aprender de manera consciente de los acontecimientos de manera que podamos establecer relaciones causales y lógicas.

Asimismo, la depresión del adulto mayor agrava las comorbilidades, aumenta las necesidades de atención de salud incluyendo la atención de hospitalización y emergencia, aumenta la discapacidad, deteriora la calidad de vida, aumenta el consumo de drogas y alcohol. Además, aumenta el riesgo de muerte especialmente en síndromes depresivos mayores, como lo demostraron Schoevers, en un seguimiento a 10 años de 746 adultos mayores. Alentar a los individuos a iniciar, mantener y expandir el compromiso social en los últimos años de vida podría ayudar a mantener y mejorar la calidad de vida relacionada a la salud y disminuir los síntomas depresivos. Los gastos de salud en adultos mayores con depresión se incrementan de manera importante por complicaciones en enfermedades crónicas como insuficiencia cardíaca y diabetes. El adulto mayor es usuario frecuente de los servicios de salud. El control y tratamiento de la depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas como la artritis es muy importante, en efecto, el tratamiento con antidepresivos y psicoterapia mejoró no solo la depresión sino además disminuyó el dolor, mejoró el estado funcional y la calidad de vida. En pacientes con diabetes y depresión, el tratamiento antidepresivo integral mejoró el estado afectivo y funcional especialmente en pacientes sin buen control de glicemia. El cuidado de los adultos mayores con

depresión y enfermedad cardiovascular debe incluir intervenciones sobre el estilo de vida y factores psicológicos. La prevención y tratamiento de la depresión debe ser parte del manejo integral de las enfermedades cardiovasculares en el adulto mayor. El deterioro cognitivo y la depresión; enfermedades que frecuentemente están asociadas en el adulto mayor, parece aumentar la mortalidad por todas las causas. La comorbilidad debe ser cuidadosamente evaluada, pues parece ser un índice independiente de mayor fragilidad, que acorta la esperanza de vida. Los síntomas neuro-psiquiátricos, entre ellos la depresión, obstaculizan el proceso de rehabilitación después de un accidente cerebrovascular, deterioran el nivel de vida, provocan institucionalización y agregan carga económica y emocional a la familia. El riesgo de mortalidad a largo plazo asociado a depresión en hogares de ancianos, depende de su detección oportuna; mejores pronósticos tienen los residentes con depresión detectada. Es importante la búsqueda de síntomas depresivos en todo paciente institucionalizado (OMS, 2017)

La depresión es un factor de riesgo para la demencia, pero no está claro si es causal. El trastorno depresivo mayor recurrente fue un factor de riesgo muy fuerte para el suicidio, al igual que el trastorno por uso de sustancias. Un riesgo elevado también se asoció con trastorno depresivo menor, trastorno psicótico, trastorno depresivo mayor de un solo episodio y trastorno de ansiedad. Las tasas de suicidios son más altas entre los ancianos, las estrategias para enfrentar el problema deben mejorar la resiliencia y el envejecimiento positivo, comprometer a familia y comunidad, utilizar medios de comunicación para llegar a los ancianos en riesgo y mejorar la educación de los médicos en el tema del suicidio en ancianos. La conducta suicida del adulto mayor tiene características propias, tiene menos intentos que los jóvenes, pero son más efectivos y da menos señales de aviso. apertura a la experiencia, responsabilidad Déficit funcional Percepción de autoeficacia. Orientación al futuro y espiritualidad. (MSD, 2020)

Con respecto a las residencias geriátricas, existen variadas definiciones y miradas a nivel mundial acerca de estos lugares que albergan al AM. Japón, el país más envejecido del planeta, cuenta con uno de los sistemas sociales que más cuidan de los ancianos. Muchos también se resisten a pasar los últimos días en residencias -o no encuentra plaza-, por lo que el país ha echado mano de las últimas tecnologías para permitirles continuar residiendo en sus hogares. Además, el país involucra a los vecinos en el cuidado de los jubilados. A diferencia de la cultura occidental, en Giza y Cisjordania, como en la mayor parte del mundo árabe, los ancianos se quedan en casa con las familias y no hay apenas geriátricos. En los últimos años se ha desarrollado el modelo de los clubs o centros de día, en los que las personas mayores pasan unas horas, pero luego regresan a sus

hogares. Desde el comienzo de la crisis sanitaria, estos centros han estado cerrados para garantizar la seguridad de sus usuarios.

Por otro lado, en Francia la inmensa mayoría de los ancianos viven en su casa, en pareja o solos, en parte gracias a la existencia de una prestación. que se otorga a todo aquel mayor de 60 años que haya sufrido una pérdida de autonomía, independientemente de sus ingresos. Esta subvención ayuda a pagar asistencia domiciliaria, el transporte o la adaptación del hogar de estas personas, permitiéndoles seguir viviendo en sus casas.

En Rusia está mal visto llevar los abuelos a los asilos. Y ellos tampoco quieren, por la connotación negativa que adquirieron en la época soviética a causa del maltrato que sufrían los ancianos.

Además, tras la privatización de las viviendas estatales durante la desintegración de la Unión Soviética, rara es la persona de más de 65 años que no es propietaria de su piso. Pero, al ser muy pequeños, se descarta por lo general que en ellas convivan abuelos hijos y nietos.

El problema para ellos es más bien de soledad, en cuanto pierden al cónyuge, y también de cierta pobreza,

Por otra parte, distinta es la historia en América Latina y Argentina, donde se tiene otra concepción de la vejez y el lugar que estas personas ocupan en la sociedad. Los geriátricos son una alternativa de gran alcance, ya que no por cuestiones de complejidad en los cuidados, de falta de familiares que se hagan cargo del AM u otros motivos, estas residencias son el principal lugar de elección para albergar al AM.

Este proceso de cambio es usualmente denominado por los profesionales de los geriátricos con el término “Geriatrización” y a las personas que pasan por este proceso se las llama “geriatrizadas”. De la misma manera que con los ancianos, las residencias son objeto de ideas estereotipadas y prejuicios, tales como que son perjudiciales para el anciano, que no brindan la seguridad ni los cuidados necesarios para garantizar el bienestar físico y emocional de sus residentes, que son depósitos donde el viejo va a esperar el final de la vida o que son receptores de ancianos enfermos rechazados por sus familias. Algunos autores siguiendo la teoría del “Interiorismo biográfico” (Rowles, 1990) plantean que el dejar el hogar para instalarse en una residencia implica fundamentalmente una pérdida y una amenaza, en función de que el lugar de residencia es cargado de connotaciones personales, que devienen de las experiencias vividas en el espacio físico:

recuerdos y emociones impregnan la percepción del lugar. Mudarse implica la pérdida no de un espacio geográfico sino de un objetivador de las experiencias vitales. Todas estas ideas se contradicen con la posibilidad de que el anciano residente de una institución geriátrica se sienta bien y satisfecho. Sin embargo, Fernández Ballesteros puso en evidencia que los ancianos de España que residen en centros geriátricos se sienten tan satisfechos con el lugar de residencia como con sus vidas. En su investigación determinó que entre los ancianos españoles que residen en sus hogares y los que residen en geriátricos no existe una diferencia estadísticamente significativa en el grado de satisfacción vital. Dice Rodríguez-Rodríguez respecto al geriátrico: “Según la concepción goffmaniana, institución total sería todo aquel lugar donde residen grupos de personas que están separadas de la sociedad, comparten una situación común, y el cual transcurre una parte de su vida en régimen cerrado y formalmente administrado. Como resultado fundamental para la persona que vive la experiencia de la institución total es que se originan en ella unos procesos de cambio radical en las opiniones que tienen acerca de sí mismas y acerca de quienes le rodean. Las instituciones de este tipo ponen en marcha un mecanismo de expoliación de los roles, mediante el aislamiento y la eliminación de toda referencia al ambiente de procedencia. Los bienes personales anteriores se sustituyen por objetos estandarizados y uniformes. Tal mecanismo origina en el individuo una pérdida del sentido de seguridad personal y un proceso de desculturización” En el ámbito de la geriatría, se utiliza la definición de geriátrico como institución total, en tanto “...en ellas el individuo duerme, come y usa su tiempo libre siempre en un mismo ámbito, acompañado de las mismas personas y bajo las mismas autoridades con actividades programadas. No se tiene en cuenta la heterogeneidad que presenta el grupo de personas internadas. La residencia sería, entonces, un ambiente de naturaleza artificial, en la que las normas de organización son impuestas y donde el anciano pierde su capacidad de dominar el medio disminuyendo a su vez la percepción de control. Esta caracterización, al igual que las revisadas supra, comete el error de caracterizar a la residencia geriátrica en aspectos que pueden resultar variables, dependiendo de las características de cada centro. En general, se debería considerar que la residencia geriátrica sería una institución total en tanto DEBE ESTAR PREPARADA para que el adulto mayor pueda dormir, comer, usar su tiempo libre en el ámbito de la misma, si esto es su deseo personal. La caracterización resulta reducida a un aspecto negativo que no abarca la posibilidad de que la residencia se organice de un modo diferente tomando aspectos más positivos. Definición de Residencia Geriátrica En 1993, la INSERSO (Instituto de Servicios Sociales, España) propuso definir el geriátrico como “centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que, por su problemática familiar, social y/o económica, no pueden ser atendidas en sus propios domicilios y necesitan de éstos servicios”. Ya en esta definición se

modifica la postura de considerar al centro geriátrico como una institución, abarcando la idea de totalidad en tanto atención integral y vivienda permanente, aclarando además que se trata de una “oferta”, dando la idea de potencialidad en el uso que los residentes hagan de las mismas. Además, incluye la noción de que el centro geriátrico no es el medio esperable para un adulto mayor, si no que se lo debe considerar como una posibilidad ante determinadas circunstancias vitales. Sin duda implica un gran avance hacia la consideración de aspectos positivos y potenciales de funcionamiento; sin embargo, la definición que propone Rodríguez Rodríguez es más abarcativa en este sentido: “Centro Gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia” Análisis de la definición Centro Gerontológico Abierto: el autor explica que el geriátrico no es una institución que aísla necesariamente al residente en su interior respecto de la comunidad. Podemos pensar entonces que serán las normas de funcionamiento y la ubicación del centro las que facilitarán u obstaculizarán una mayor o menor integración del residente con su comunidad. El polo de lo deseable es que la apertura del centro sea tanto hacia dentro (incorporación de agentes externos al funcionamiento del centro) como hacia fuera (facilitación de salidas del residente hacia la comunidad), en un entorno urbano. Lugar de Desarrollo personal: el centro es un lugar en donde el residente se desarrolla como persona. La potencialidad se haya en que no se caracteriza necesariamente por trabar el crecimiento, lo que implica que el centro, según sus características, puede facilitar u obstaculizar el desarrollo de sus residentes, a través de la planificación o no de programas de actividades y de desarrollo, de normas flexibles o rígidas, de ambientes físicamente preparados o no para la recreación y el ejercicio de la libertad personal en función de las capacidades y limitaciones de cada quien, etc. El autor plantea que el centro debe constituirse como un facilitador de proyectos vitales. Atención Socio-Sanitaria: la residencia debe ofrecer ciertos servicios que implican, como manifiesta la definición del INSERSO, atención integral, que incluya tanto el acogimiento del residente como el cuidado de su salud. Atención Interprofesional: implica la necesidad de que el centro cuente con un grupo de profesionales de distintas disciplinas, especializados en gerontología, que trabajen con programas integrales de intervención en equipos interdisciplinarios. Estancias Temporales o Permanentes: la residencia puede ser un lugar de estancia temporal, donde el adulto mayor se traslade por un período limitado de tiempo hasta que las circunstancias específicas que motivaron el traslado (enfermedad propia o de los cuidadores, razones económicas, traslado de los cuidadores, etc.) concluyan; o un lugar de residencia permanente. Destinada a personas mayores con algún grado de dependencia, que se produce cuando “una persona no efectúa sin ayuda (porque no puede o porque no quiere) las principales actividades de la vida diaria” Contexto Ambiental Residencial: componentes El

contexto residencial se compone de dos grandes elementos: 1. un elemento global, que pone de relieve lo que las distintas residencias tienen en común entre sí: la residencia geriátrica no es el hogar particular del residente. Como expresa la definición tomada, la diferencia entre ambos contextos reside en que la residencia es un ambiente preparado para la recepción de adultos mayores con el objeto de prestarles un conjunto de servicios. El hogar particular, sea éste una vivienda en que el adulto mayor habita sólo o con su pareja, pero bajo su autoridad, o la vivienda del grupo familiar en donde un miembro de la generación siguiente se establece como el jefe, sirve a propósitos varios y no está concebido como un ámbito de recepción y atención exclusiva para adultos mayores. 2. un elemento específico, por el cual se considera que las residencias geriátricas son diferentes entre sí, diferencias que pueden ser medidas a través de un conjunto de variables contextuales definidas operacionalmente.

Entidades Públicas vs. Entidades Privadas Una primera gran diferenciación entre los centros residenciales para adultos mayores se centra en la naturaleza del ente creador y administrador de los mismos. Este criterio, que clasifica a las residencias en públicas y privadas, ha sido muy utilizado en los estudios de la relación entre contexto y variables personales en la vejez basándose en el supuesto que la diferencia de fines que ambos tipos de entidades persiguen conllevarán diferencias en las características ambientales que los centros adquieran y la calidad del servicio que se preste en ellas. En general, se asume que los centros geriátricos privados proveerán un mejor servicio a sus residentes que los centros públicos, bajo el fundamento que éstos dependen de financiamiento estatal con las limitaciones de presupuesto, las dificultades de organización que se asocian a las entidades públicas y la escasa motivación que provee la lógica sin fines de lucro para satisfacer un cliente y retenerlo, lo que desembocaría en dificultades para atender y satisfacer las necesidades de los residentes. Al contrario, suele sostenerse que el financiamiento privado, obtenido del cobro de cuotas al residente, aporta al ofrecimiento de un mejor servicio, bajo el supuesto que la búsqueda de lucro motiva para satisfacer al cliente y así poder retenerlo, asegurando la rentabilidad del negocio. Sin embargo, la lógica del fin de lucro aplicada a las residencias geriátricas puede no producir como resultado una mejora en el servicio. El que la mudanza a un centro se sitúe en circunstancias particulares que obligan al adulto mayor al traslado implica que en muchos casos éste está limitado en sus posibilidades de elección, ya sean las limitaciones de orden económico –por las cuales el adulto mayor no puede financiar servicios de buena calidad o que su obra social le imponga un determinado nivel de servicio-, familiar –por los cuales el permanecer en un centro geriátrico resulta imprescindible para asegurarse compañía, cuidado y apoyo en la realización de las actividades de la vida diaria-, de salud –por las que el adulto mayor ha perdido su autonomía y las decisiones respecto a su persona son tomadas por terceros-, o una mezcla de las mismas. Esto puede producir que la búsqueda de

la rentabilidad no pase por satisfacer la demanda de un cliente sino por reducir los costos asociados a la calidad del servicio al mínimo establecido por las reglamentaciones de funcionamiento estipuladas por los entes reguladores estatales, de modo que las características que asuman los centros geriátricos privados estarán relacionadas con las disposiciones reglamentarias locales. (Rodríguez, 1995)

Pero ¿Qué son las residencias de Tercera Edad?

La definición que dio el INSERSO de las residencias se refería a ellas como centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que, por su problemática familiar, social y/o económica, no pueden ser atendidos en sus propios domicilios y necesitan de estos servicios.

Las residencias hoy en día son centros donde se atienden necesidades sociales, sanitarias y de cuidados a numerosos ancianos, que, por diversas circunstancias, fundamentalmente soledad o pérdida de autonomía, precisan de asegurar dichos cuidados fuera del domicilio. Dicha atención se presta en ocasiones de forma temporal o de forma permanente hasta el final de la vida del residente.

En dichos centros los cuidados son proporcionados por parte de un grupo cada vez más amplio y diverso de profesionales, teniendo cada vez más un enfoque no estrictamente custodial del anciano. Hoy en día nuestras residencias, muy diferentes de los antiguos asilos de ancianos, deben basarse en la atención no sólo de las necesidades de cuidados básicos, alojamiento y hostelería del residente sino en la promoción de su autonomía, dignidad y desarrollo personal.

¿Por qué son necesarias las residencias?

En las últimas décadas hemos asistido a un aumento considerable en el número de residencias y en su capacidad de oferta de plazas, tanto desde la vertiente pública como desde la iniciativa privada. Sin embargo y a pesar de este aumento de la oferta, aún existe un desajuste respecto a las necesidades para dar cobertura a una creciente demanda social.

Son varios los factores que han contribuido, en mayor o menor medida a este cambio:

En primer lugar, el envejecimiento de la población que, como se ha comentado en otros capítulos de esta serie, ha supuesto un incremento considerable en términos absolutos y relativos de los mayores de 65 años. Dentro de este cambio demográfico, respecto al tema que estamos tratando, tiene especial interés el llamado envejecimiento del envejecimiento. Este término alude a la creciente proporción de los mayores de 80 años respecto al conjunto de la población envejecida.

Es en este grupo de edad donde son más frecuentes las enfermedades que producen incapacidad y por tanto dependencia. Esta dependencia es un factor que puede llevar al anciano a recibir cuidados en una residencia, cuando no existe suficiente apoyo familiar o social para dar soporte en el domicilio.

Otro factor fundamental es el referido a los cambios sociales producido en el seno de la familia. Los llamados cuidados informales proporcionados a nuestros mayores dependientes, aún hoy en día son fundamentalmente dados en las familias por las mujeres. De hecho, el prototipo de cuidador del anciano dependiente en nuestro país responde al de una mujer, generalmente hija, en torno a los cincuenta años, ama de casa y con un nivel cultural bajo. Llama la atención la escasa proporción de casos, uno de cada diez, donde el cuidador principal es un varón. Es evidente que los cambios en el rol de la mujer en la sociedad y su incorporación al mundo laboral, está suponiendo una paulatina disminución de este prototipo de cuidados poniendo en crisis este modelo tradicional.

Sin embargo, los cambios en el seno de la familia tradicional no solo afectan a las mujeres. El modelo de familia tradicional también está cambiando con familias de menor tamaño o monoparentales o con mayor separación geográfica entre generaciones. Además, existe cada vez más un sentimiento de reclamación hacia los poderes públicos, para que se proporcionen estos cuidados en instituciones cuando tradicionalmente eran dados en la familia.

En último lugar, es de reseñar que existe aún un insuficiente desarrollo tanto desde el punto de vista social como sanitario de elementos de apoyo que reduzcan esta necesidad. Son insuficientes aún los recursos sociales alternativos de apoyo a los cuidadores o al anciano con diversos grados de dependencia, que permitan que este permanezca en su domicilio y se reduzca la necesidad a acudir a una residencia salvo en casos inevitables. Además, desde el punto de vista sanitario existe un insuficiente desarrollo de la medicina geriátrica y de recursos asistenciales para prevenir o paliar la incapacidad.

¿Qué necesidades deben cubrir las residencias?

Planteamos de forma genérica las tendencias actuales de atención en medio residencial de una manera ideal, teniendo en cuenta la gran heterogeneidad de estos centros en cuanto a dotación y medios. Hoy en día las residencias son centros donde se tiende a ofrecer servicios de atención integral a sus residentes, por encima de aspectos reducidos a un mantenimiento de los cuidados básicos, alojamiento y hostelería.

Debemos comenzar hablando de las necesarias adaptaciones arquitectónicas a las limitaciones físicas y cognitivas de algunos ancianos. Estas modificaciones deben proporcionar seguridad física

y evitar restricciones a la autonomía de los residentes. Se debe conseguir la máxima accesibilidad a los diferentes entornos. Las modificaciones ambientales deben también favorecer la orientación personal y finalmente facilitar los cuidados y la labor del personal que proporciona los cuidados.

La promoción y el mantenimiento de la autonomía física del anciano dentro de la residencia, la detección y seguimiento de necesidades médicas, la intervención psicosocial sobre el residente y sus familias junto con la oferta de actividades que favorezcan la socialización y esparcimiento de sus habitantes son los puntos de intervención que progresivamente se van implantando en estos centros. Muchas residencias están dotadas hoy en día de diferentes profesionales que, desde las perspectivas, entre otras, de la medicina, enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional, psicología y asistencia social. Todos ellos colaboran de manera conjunta y coordinada en proporcionar estos cuidados complementarios junto con el personal auxiliar de atención directa al residente. (Ballesteros, 2000)

Aunque en menor medida, también es relativamente importante una adecuada decoración del entorno en el que se encuentran sus residente. Debe buscarse un entorno alegre y relajado, que permita una convivencia agradable y placentera. En ocasiones esto no se tiene en cuenta en la medida en la que sería adecuada.

Para la elaboración del trabajo se pondrá en valor las teorías de los principales referentes de la Enfermería que marcaron a fuego la carrera en su conformación como disciplina y ciencia. El fundamento de la teoría de Nightingale con el entorno y el logro de las mejores condiciones para evitar la enfermedad, o alcanzar la recuperación, quien plantea la importancia de la observación y de la experiencia. (Principios básicos para un trabajo de investigación), Asimismo, Virginia Henderson se preocupa por definir modelos de función de la enfermería, y de esta manera intenta romper con la idea de una enfermería exclusivamente técnica y procedimental, para la salud del paciente es un criterio imprescindible su independencia. Dorothea Orem, la cual presenta una teoría general compuesta por otras tres, hace referencia a las acciones personales que emprende y realiza cada individuo, dirigidas hacia él o su entorno, con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud. Y por último tomando las palabras de Paulo Freire, adaptándolas al contexto donde se trabajará; La educación liberadora no es ya un acto de depositar sino un acto cognoscente. El dialogo es indispensable para el desarrollo del hombre; sin el diálogo no puede existir una auténtica educación, así, la educación liberadora es dialogal, dialéctica. Porque este trabajo será un aprendizaje mutuo. (FREIRE, 1972)

Material y métodos:

Tipo de estudio:

El abordaje metodológico del estudio de investigación será cuantitativo, enfoque apoyado en el paradigma empírico-positivista (el estudio de los fenómenos que estudiaban las ciencias debían ser medibles). Con los estudios cuantitativos se pretende confirmar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos. Esto significa que la meta principal es la formulación y demostración de teorías. (Hernández Sampieri & Fernández Collado, 2010) (Pineda, 1994). El tipo de estudio será descriptivo, ya que tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. En cuanto a la ocurrencia de los hechos será Prospectivo registrando la información obtenida a medida que se recolecta. En cuanto a la población, se tomará una muestra de tipo no probabilística, ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador. El estudio será transversal, ya que los datos (medición de la variable) se Recolectarán en un solo momento, en un tiempo único.

Sitio y contexto de estudio:

El estudio se realizará en un geriátrico Provincial ubicado en la ciudad de Rosario, que alberga aproximadamente a 200 adultos mayores (AM), a partir de los 65 años de edad, de ambos sexos. El lugar fue inaugurado en el año 1889. Con una estructura edilicia de gran porte, este funciona como un hospital de residencia de baja complejidad para enfermos crónicos. El ingreso de pacientes se realiza a través de un servicio social, recibiendo AM sin obra social, en su mayoría. La institución está orientada a la atención psicológica, social, médica y espiritual. El lugar cuenta con siete pabellones, los cuales cuentan con habitaciones con tres camas cada una, para brindar mayor privacidad a las personas institucionalizadas. Para realizar el trabajo, previamente se realizó un relevamiento de datos en la Institución (ver Anexo I) en la que se pidió autorización para dicho acto. Los criterios de elegibilidad que se han tenido en cuenta para la elección de lugar, es porque se trata de una institución que alberga una cantidad de AM considerable para llevar a cabo el proyecto, estos reúnen los requisitos que se necesitan analizar en el trabajo; como ser edad, sexo, tiempo de institucionalización, relaciones socio-familiares. En cuanto a la validez interna se buscará garantizar el máximo control posible para disminuir el riesgo de que variables ajenas produzcan sesgos en el proceso. Para ello se realizó una guía de Relevamiento de datos (ver Anexo I)

Población y Muestra:

La población seleccionada será la que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión. Para los Criterios de inclusión se tendrán en cuenta: AM de ambos sexos, AM que no tengan antecedentes de Depresión, AM lucidos.

Para los Criterios de Exclusión no se contemplará: AM que hayan ingresado ese día, AM con diagnóstico de depresión, AM que no estén en condiciones físicas ni neurológicas de contestar el cuestionario

La población abarcará AM, de ambos sexos entre 65 y 80 años y el número de unidades de análisis será aproximadamente de 130, según los datos arrojados en la convalidación de sitio (ver Anexo III). Se tomará la población total ya que no son suficientes para realizar un muestreo, además que del total de la población deberá considerarse quienes cumplen con los requisitos de inclusión/exclusión antes mencionados. Se tendrá en cuenta los controles pertinentes de la población mencionada, a través de la validez interna como la mortalidad, se tendrá en cuenta la posible amenaza en que parte de las unidades de análisis abandonen o se rehúsen a participar, se debe contar con más unidades de análisis de las previstas para cumplir con el mínimo requerido para poder realizar la investigación, y cumplir los objetivos. Además, se puede considerar la presencia de variables enmascaradas, teniendo en cuenta a aquellas variables que pueden afectar a otras, los criterios de inclusión y exclusión de las unidades de análisis permiten evitarlas, disminuyendo los sesgos en los resultados

En relación a la validez externa que debe ir de la mano de la validación interna para lograr el fin de la investigación, esos resultados serán generalizables para todos los AM que hayan formado parte del estudio, ya que los demás no cumplen con los criterios de inclusión, y alteraran los resultados del trabajo.

Instrumentos y Técnicas de recolección de datos:

El tipo de instrumento a utilizar para la investigación; es un cuestionario con preguntas cerradas y con respuestas dicotómicas. Para ello, se usará la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, la cual es un eficaz instrumento de evaluación de la depresión en pacientes ancianos. validada mundialmente por la sociedad de Neurología (JA Yesavage, 1982-1983). Su principal virtud radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo de la persona. Se utilizará en una versión abreviada de 15 preguntas para evitar en lo posible la disminución de la concentración y el cansancio del paciente. Esta Escala (EDG) apareció en 1982 como respuesta a ese vacío en los instrumentos de detección. La escala es considerada el único auto informe específicamente construido para el AM. Se centra en aspectos

cognitivos conductuales relacionados a depresión. Consta de 15 preguntas. De estas 10 están planteadas en sentido negativo y 5 en sentido positivo categoriza la depresión en tres niveles: ausente (0 a 5), leve (6 a 9) y establecida (10 o más). Existen distintos instrumentos para la medición de la depresión más actuales que esta escala, Sin embargo, ninguno tiene ni la sensibilidad ni la especificidad adecuadas para hacerlos válidos y confiables en el diagnóstico de depresión del anciano. En cuanto a la variable relaciones socio familiares se confeccionará por la autora del trabajo una serie de preguntas que tendrá el mismo formato y tipo de puntuación que la escala anteriormente nombrada. Sera todo un cuestionario de preguntas que abarcaran las variables que fueron operacionalizadas y la Escala de Depresión Geriátrica.

A continuación el autor del trabajo se presentara y dirá que va a realizar junto a cuatro colaboradores una encuesta con preguntas cerradas, de fácil contestación ,cortas y entendibles, que llevara de quince(15) a veinte(20) minutos máximo, Las preguntas tienen la alternativa de respuesta SI-NO, que serán leídas por las personas encargadas de manipular el instrumento y se le explicara que eso datos serán para un estudio de investigación que se estará realizando para determinar la relación que existe entre las relaciones socio-familiares y la aparición de depresión el AM que esta institucionalizado. Se explicará que cada unidad de análisis contara con la confidencialidad a la cual tiene derecho, objetivo del estudio y alcance del mismo. Agradeciendo la colaboración, paciencia y tiempo brindado por las personas se pasará a realizar el cuestionario.

Teniendo definido en quienes se realizará la encuesta, se deberá definir si la aplicación del instrumento contempla los aspectos necesarios, si es el adecuado según el contexto actual, si es factible de realizarlo, si reúne la información que se necesita recabar. Para ello se realizará una prueba piloto (Ver Anexo IV). Uno de los aspectos de mayor importancia en la realización de esta prueba, es el control de validez interna, con ello se controlará la inestabilidad o eficacia del instrumento, esto significa que se realizara una prueba piloto (Ver Anexo IV) en una población de 10 sujetos o muestra con similares características a la población de estudio previo a aplicar el instrumento de medición, para cerciorarse que los datos obtenidos sean los que se quieren recolectar.

Previo a la ejecución de la encuesta se leerá y entregará el consentimiento informado donde se explicará al participante que se garantiza que este ha expresado voluntariamente su intención de participar en una investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado acerca de los objetivos de la misma, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos.

Operacionalizacion de variables

Con respecto a las variables que se utilizaran y su operacionalización:

El Sexo, que es una variable cualitativa-independiente-simple. Y sus Indicadores serán los siguientes; Hombres, Mujeres. Esto determinara que cantidad de personas según sexo hay institucionalizadas.

La Edad es una variable cuantitativa-independiente-razón. Sus Indicadores determinaran los grupos etarios que conforman la comunidad de la residencia geriátrica (Pacientes Mayores de 60 años- Pacientes Mayores hasta 80 años)

Características de los vínculos socio Familiares: Son las diversas interacciones que se dan entre dos o más individuos en la sociedad, por las cuales todo sujeto fija nexos laborales, familiares y de amistad. Estas representan la cultura social de un grupo, reflejando una postura en la comunidad, por medio del fenómeno de la socialización. Son importantes en la vida de cualquier persona, ya que el efecto se nutre de cariño, respeto, reconocimiento y del amor recibido de la amistad, la familia, etc. variable Cualitativa-Dependiente-Compleja-nominal. Son las que determinaran la aparición de síntomas de AM asociados a la depresión.

Dimensiones 1: Interacciones familiares

Indicadores: Se siente feliz cuando es frecuentemente visitado en la institución por sus seres queridos

Se vincula mejor con sus pares de la residencia cuando es visitado por su familia

Experimenta síntomas físicos negativos cuando no es visitado por su familia

(Dentro de indicador “Experimenta síntomas.)

Indicadores: Se siente inapetente

Tiene náuseas y vómitos

Tiene cefaleas recurrentes

Dimensión 2: Efectos de la falta de sociabilización

Indicadores: Se muestra apático a las actividades de la institución

Presenta rasgos de tristeza durante la merienda

No quiere salir de la habitación

Manifiesta no querer vivir encerrado

-Presencia de depresión: se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar la capacidad para afrontar la vida diaria. Cualitativa-dependiente-compleja-nominal

Dimensión1: Riesgo físico

Indicadores: Aparición de cansancio frecuente.

Pérdida progresiva de peso.

Notoria pérdida del sueño.

Dimensión 2: Riesgo psíquico

Indicadores: Perdidas vinculares en el último año.

Sin respuesta frente a ejercicios de concentración.

Falta de interés a la hora de la realización de ejercicios de estimulación.

Personal a cargo de la recolección de datos:

Se adiestrara a cuatro personas, estudiantes de la carrera de Enfermería de la UNR, para realizar la encuesta a las unidades de análisis elegidas; El adiestramiento de este personal se realizaría a través de una charla informativa, en la cual se presentara el investigador, se explicara el motivo por el cual se solicita que participen brindando su colaboración a través de la recolección de datos mediante la técnica de encuesta para un proyecto de investigación, se dará a conocer los objetivos del mismo y la importancia del proyecto a realizar, se responderán preguntas que pudieran surgir y se evacuaran dudas. Luego se entregará a los colaboradores una copia del instrumento con el que se trabajara, se explicara cómo está compuesto, de qué manera se completa, cual es el tiempo estimado para cada unidad de análisis y se responderá cualquier duda que pueda surgir. Luego se pedirá la devolución por parte de los colaboradores para determinar si comprendieron el objetivo de la técnica a realizar y se evacuaran dudas, finalmente se realizará la distribución del día y horario en la que se podrá llevar a cabo la recolección de datos. Estas actividades serán supervisadas por el mismo investigador con el fin de llevar un orden y realizar las actividades de la mejor manera posible, para la concreción de del proyecto de investigación.

Plan de Análisis:

Lo primero que se realizara en el plan de análisis, es el agrupamiento de los datos por variable seleccionada para luego codificarlos (tabulación). En este trabajo los datos se codificarán con números, que representarán un valor en las respuestas de las unidades de análisis. Se utilizará la estadística de tipo descriptiva, que como dice el termino, describirá y sintetizará los datos obtenidos. Como se describe en el punto anterior habrá un instrumento de recolección de datos validado y otro creado a partir de las variables seleccionadas por el autor. Ambas se clasificarán en respuestas dicotómicas (si-no) y dependiendo las respuestas negativas o positivas se determinara la presencia o no de depresión del AM institucionalizado. Los datos serán volcados a un Gráfico de barras simples, este hace referencia a una sola variable y la altura es proporcional al número de frecuencias que representa. Como análisis univariado, se tomará la medida de tendencia central y dentro de ella la media para medir la edad y sexo. Luego de la recolección de los datos, estos se volcarán a un programa computacional de análisis estadístico, que será esencial para efectuar el análisis cuantitativo. Para la reconstrucción de las variables se confeccionará una encuesta anexada a la de Depresión Geriátrica, que contendrá respuestas dicotómicas (SI-NO), que luego serán codificadas dándole un valor numérico. Para la variable Relaciones socio-familiares, que contara con dos dimensiones, con ocho indicadores entre ambas con preguntas tipo encuesta, con respuesta si-no, para determinar si estas relaciones repercuten en la presencia de depresión o la precipitan. La variable Presencia de depresión contara con dos dimensiones, con siete indicadores entre ambas para determinar la presencia de depresión. Entre los primeros indicadores de la primera variable, se tendrá un puntaje de 1 a 8. Donde 5 serán los negativos y 2 los positivos, para determinar la importancia de relaciones familiares con la depresión. En la variable numero 2; presencia de depresión, contara con un puntaje de 1 a 7, donde las 4 serán negativas y 2 los positivos, determinado la presencia de depresión en la institucionalización. En cuanto a las variables Sexo-Edad y Vínculos socio-familiares; con el aporte de una especialista en Gerontología confeccionara un cuestionario que abarque dichas variables, con preguntas que contengan los indicadores de estas.

Luego de codificadas y tabuladas las variables, estas se representarán en gráficos de barras.

Cronograma de Actividades

Actividades	Tiemp					
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SET.
Recolección de datos						
Tabulación de los datos						
Análisis e interpret. de los datos						
Elaboración de la discusión						
Elaboración de la conclusión						
Redacción del informe final						
Difusión de los resultados						

Bibliografía consultada:

JA Yesavage, T. B. (1982-1983). Desarrollo y validación de una escala de cribado de depresión geriátrica. *Revista de Investigacion Psiquiatrica*, 37-49.

Aguirre, A. (1989). *Dimensión antropológica de la depresión*.

Ballesteros, F. (2000). Las residencias geriátricas y el Adulto Mayor. *Revista española de Geriatria y Gerontología*.

BION, W. (1963). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires. Ed. Paidós.

Fassio, A. (2007). La institucionalización de los adultos mayores en la Argentina. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.*, 444-445-446.

Fassio, M. M. (2012). Gerontología Comunitaria e Institucional. En *Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional*. Mar del Plata: 3ra. edición.

FREIRE, P. (1972). *Pedagogía para la Liberación*. En F. Paulo.

Hernández Sampieri, R., & Fernández Collado, C. y. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ta Edición México.

- M., D. C. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. En D. C. M..
- MELTZER, D. (1978). *The Kleinian development*.
- MSD, M. (2020). *Depresión*.
- OMS. (2017).
- OMS. (2019).
- Pérez Lo Presté, A. y. (2011). El educador y la familia disfuncional. *Educere*.
- Pérgola, F. (2018). El anciano del siglo XXI: una mirada antropológica. *voces del fénix*.
- Pineda, E. A. (1994). Metodología de la Investigación. Washington: 2da Edición.
- Prieto, M. (2014). *revista60ymas*.
- Pussin, G. y. (2005). Que es la familia. *psicología online*.
- Quiroga, A. (1985). "Matrices de aprendizaje". En A. Quiroga. Nueva Visión, Bs. Aires.
- Rivas, C. S. (2005). PERFIL SOCIO-FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS. *CIENCIA Y ENFERMERÍA*.
- Rodríguez, R. (1995). *Evolución del modelo de atención residencial*.
- Salazar-Acosta, A. T. (2016). Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social. En A. T. Salazar-Acosta. ISSN 1405-7425.
- Salazar-Acosta, L. M. (2016). CONICET digital.
- Segura-Cardona, A. (2015-16). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. *Rev. salud pública*.

ANEXOS

Anexo I:

A través de la guía se entrevistará al jefe de enfermería o autoridades competentes de la residencia para conocer características del lugar, para que se pueda estudiar el problema sin que existan circunstancias o elementos que puedan generar confusión al momento de elaborar los resultados de la investigación o influir en la factibilidad para llevarla a cabo. Esta guía permitirá realizar el primer control de validez interna sobre el sitio.

Guía de relevamiento de datos

1-La institución autoriza que se realice la investigación?

2 -La institución autoriza que se publiquen los resultados de dicha investigación?

3 -Cuál es la relación enfermero-paciente?

4-La población o muestra de AM de la investigación accederá a formar parte de la investigación?

5-La población o muestra de la investigación se encuentra en condiciones emocionales que alteren las respuestas de la encuesta?

6-¿Permitiría la utilización de un espacio específico en el cual pueda tener un dialogo resguardando al sujeto de sufrir distracciones o condicionamientos para responder el cuestionario?

7-Se autoriza al autor del trabajo a tener acceso a las hojas de enfermería para comparar o recabar datos?

8-¿La institución alberga adultos AM con diversas disfuncionalidades ya sean motrices, cognitivas o mixtas?

9-¿Hay cursos de capacitación para el personal de Enfermería abarcando la problemática de la depresión en el AM?

10-Los residentes comparten habitación con algún paciente que presente trastornos depresivos severos que interrumpa su descanso?

11 - ¿Qué porcentaje de mujeres y hombres hay en la institución?

12 - ¿Si hay presencia de familiares, estos son receptivos a que se hagan preguntas a su familiar?

13-Las condiciones edilicias del lugar perjudican la estabilidad emocional del AM?

14-Se observa personal capacitado a la hora de abordar al AM?

15-Se observa gran interacción familiar o por el contrario escasas relaciones socio familiares?

16-El Horario para comenzar la encuesta es el indicado?



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario


-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que Graña Cecilia
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 9 días de noviembre 2020


Brisas del Sur S.R.L.
Residencial para Adultos Mayores
Laprida 2159 - 2000 Rosario
Tel: (0341) 243.3510



Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

ANEXO II:

A continuación, junto a cuatro colaboradores se leerá a cada persona una encuesta, con una serie de preguntas de fácil respuesta y que no les quitará demasiado tiempo. Se les explicará el fin de la realización del cuestionario y que se preservará toda información que atente contra sus principios éticos hacia su persona. Luego se procederá a comenzar con el cuestionario

Fecha de ingreso: ____ / ____ / ____ . Edad: ____ años.

Sexo: M / F (Marcar con un círculo el que corresponda).

Durante estos últimos 30 días... (*Marcar la opción que corresponda*)

1- Se siente feliz cuando es frecuentemente visitado en la institución por sus seres queridos

SI	NO
----	----

2- Experimenta síntomas físicos negativos cuando no es visitado por su familia

SI	NO
----	----

3-Dentro de esos síntomas; usted experimenta:

¿Sentirse inapetente?

SI	NO
----	----

¿Sentir náuseas y vómitos?

SI	NO
----	----

¿Sentir cefaleas recurrentes?

SI	NO
----	----

4- Se vincula mejor con sus pares de la residencia cuando es visitado por su familia?

SI	SI
----	----

5- Se muestra apático a las actividades de la institución?

SI	NO
----	----

6- Presenta rasgos de tristeza durante la merienda?

SI	NO
----	----

7- No quiere salir de la habitación?

SI	NO
----	----

8- Manifiesta no querer vivir encerrado?

SI	NO
----	----

9-Siente la aparición de cansancio frecuente?

SI	NO
----	----

10-Presenta notoria pérdida del sueño?

SI	NO
----	----

11-Tuvo pérdidas de seres querido el último año?

SI	NO
----	----

12-Se siente desconcentrado frente a los ejercicios de concentración planteados par usted?

SI	NO
----	----

13-Se siente desarraigado desde que está en la institución

SI	NO
----	----

14-Siente carencia afectiva?

SI	NO
----	----

15-Siente que hace un sobreesfuerzo para adaptarse al lugar?

SI	NO
----	----

<u>Escala de Depresión geriátrica de Yesavage</u>	
1 ¿Básicamente está satisfecho con su vida?	
SI	NO
2 ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	
SI	NO
3 ¿Se encuentra a menudo aburrido?	
SI	NO
4 ¿Se siente feliz muchas veces?	
SI	NO
5 ¿Se siente a menudo abandonado?	
SI	NO
6 ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	
SI	NO
7 ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	
SI	NO

8 ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	
SI	NO
10 ¿Está muy preocupado por el pasado?	
SI	NO
11 ¿Se siente lleno de energía?	
SI	NO
12 ¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	
SI	NO
13 ¿Tiene problemas para concentrarse?	
SI	NO
14 ¿Prefiere evitar reuniones sociales?	
SI	NO
15 ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	
SI	NO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La autora del presente proyecto de investigación *Cecilia Grano*, DNI.N°28148600tel n°341-560625, solicita su colaboración para acceder a responder el siguiente cuestionario, la cual ofrece importante información para llevar a cabo el estudio que tiene como objetivo general Analizar la relación que existe entre las características de los vínculos socio-familiares y la presencia de depresión según sexo y edad en los Adultos Mayores institucionalizados con el propósito de determinar si la depresión está vinculada a estos puntos anteriormente citados y poder trabajarlos a través de programas didácticos e inclusivos par el AM.

Tenga presente que en cualquier momento Ud. tiene derecho de dejar de participar cuando así lo desee.

De acuerdo a la Ley 25326, se garantiza la confidencialidad de los resultados y el anonimato de toda la información que se brinde.

Se agradece gratamente su colaboración y participación en el estudio

A continuación, luego de recibir la información pertinente y habiendo comprendido mis derechos... acepto participar de dicho estudio sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza y en conocimiento de que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito al responsable del mismo. Dejo constancia que recibo los datos del autor del proyecto para localizarlo ante cualquier inquietud.

Fecha:

Firma.....

ANEXO III:

Resultado del estudio exploratorio:

La guía de relevamiento de datos de sitio se realizó en una residencia geriátrica de la ciudad de Rosario de similares características a la del trabajo de investigación; la única diferencia es que alberga menor cantidad de pacientes y su estructura edilicia es de menor porte. En la institución fueron muy receptivos a la hora de plantear el porqué de la visita. El lugar cuenta con la disposición y las condiciones de intimidad y comodidad para encuestar a las unidades de análisis. El horario más propicio para la encuesta sería a la tarde, ya que hay menor cantidad de profesionales, los pacientes están siendo bañados o realizando alguna actividad que demanda mayor tiempo de espera. Se estima que la población que se tomara en estudio abarcara ciento treinta (130) personas de ambos sexos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

ANEXO IV:

Resultado de la prueba piloto del instrumento

Se realizó la prueba piloto del instrumento en la misma residencia anteriormente citada. Se tomaron diez(diez)unidades de análisis, cinco (5) de cada sexo y se puso en práctica el instrumento. Es de suma importancia realizar la prueba piloto, para saber si las preguntas están realmente bien formuladas, si son claras, si alguna de ellas en otras palabras dice lo mismo que otra pregunta, si el instrumento es demasiado largo y cansador para quien responde, si el tiempo estipulado es el correcto para realizar la encuesta. Las respuestas pueden extenderse hasta a 30min., las preguntas son claras y en el lenguaje correcto y funcionan mejor siendo leídas. El tema de la edad es determinante, ya que dependiendo de ello la persona tiene diferentes tiempos para analizar y responder las preguntas. Hay factores que afinar que ayudaran a que los resultados sean más exitosos y se acerquen a la realidad a cuál se quiere llegar.

Rosario 30 de ~~Octubre~~ 2020

Sra. Profesora

Actividad Académica Tesina


Esp. Nores Rosana.

S _____ / _____ D:

Me dirijo a UD. a fin de informarle que he aceptado ser la/él
Director de la Tesina de Geórgia CRANO.....A tal
efecto adjunto a la presente un Currículo Vitae Abreviado.

Cabe señalar que he acompañado cada una de las etapas del
proceso de la elaboración del Proyecto, que el mismo reúne los contenidos y los requisitos
de forma y estilo planteados por la Cátedra. Así mismo doy fe que todo lo planteado en este
proyecto corresponde a la autoría intelectual del/la estudiante respetando las normas de
citación, sin presencia de plagio.

Sin otro particular, me dirijo a Ud. con atenta consideración.


Berta N. Bile
362.10233
mat. 6816