

**REPÚBLICA DE CUBA
Facultad de Ciencias Médicas.
“Dr. José Asseff Yara”
Ciego de Ávila
Policlínico Universitario
Docente Sur
Morón**

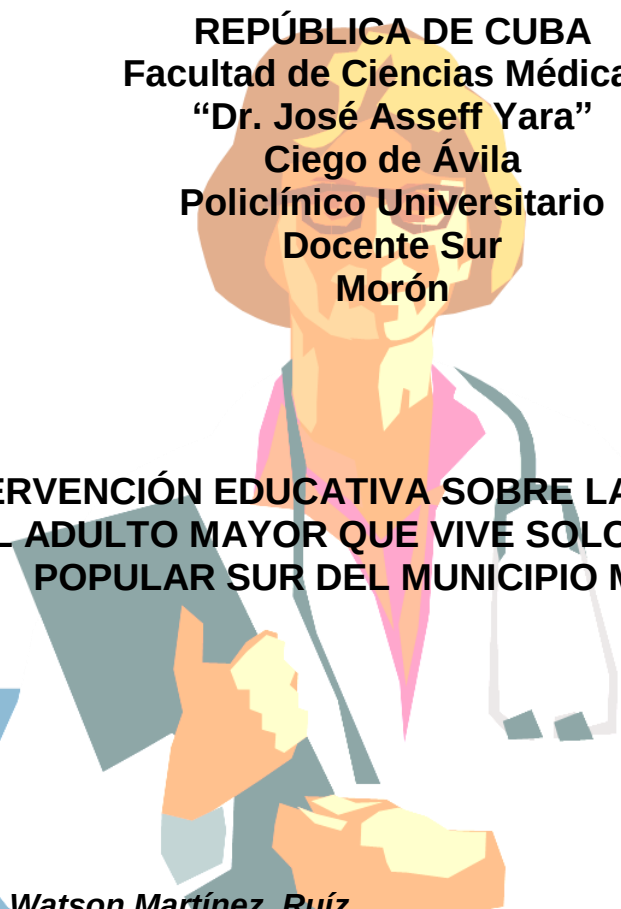
**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LA DEPRESIÓN
EN EL ADULTO MAYOR QUE VIVE SOLO EN EL CONSEJO
POPULAR SUR DEL MUNICIPIO MORÓN**

AUTOR: Lic. Watson Martínez Ruíz.

TUTORA: Dra. Daylin Rodríguez González.

ASESORA: Lic. Lourdes Castillo Rojas.

**Trabajo final para optar por el título de Especialista de Primer Grado en
Enfermería Comunitaria
MORÓN
2010**



REPÚBLICA DE CUBA
Facultad de Ciencias Médicas.
“Dr. José Asseff Yara”
Ciego de Ávila
Policlínico Universitario
Docente Sur
Morón

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LA DEPRESIÓN
EN EL ADULTO MAYOR QUE VIVE SOLO EN EL CONSEJO
POPULAR SUR DEL MUNICIPIO MORÓN**

AUTOR: Lic. Watson Martínez Ruíz.
Residente de Segundo Año en Enfermería Comunitaria.

TUTORA: Dra. Daylin Rodríguez González.
Especialista de Primer grado en Medicina General Integral.

ASESORA: Lic. Psicología. Lourdes Castillos Rojas.
Mcs. Ciencias de la Educación.
Prof. Auxiliar.

**Trabajo final para optar por el título de Especialista de Primer Grado en
Enfermería Comunitaria**

MORÓN

2010

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	4
OBJETIVO.....	18
MATERIAL Y MÉTODO.....	19
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	31
CONCLUSIONES.....	40
RECOMENDACIONES.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
ANEXOS	

RESUMEN

Se realizó un estudio PRE experimental de tipo intervención educativa antes y después que contribuyó a disminuir la depresión en el adulto mayor que vive solo en el consejo popular Sur del Municipio Morón, cuya fase ejecutiva se extendió de enero a diciembre de 2009. El universo de trabajo estuvo conformado por la totalidad de los ancianos que viven solos, perteneciente al consejo popular Sur de Morón. La muestra estuvo compuesta por ochenta (80) adultos mayores de 60 años del consejo popular Sur de Morón que viven solos, fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico y la conformaron aquellos que no tenían patología psiquiátrica asociada, retraso mental y su estado físico y mental les permitió la comprensión de los diferentes métodos de investigación utilizados. Se pudo observar que el grupo de edad con mayor % en nuestra investigación fue el de 60- 69 años y el sexo femenino fue el más frecuente, las enfermedades osteomiarótulares y la HTA fueron los antecedentes patológicos personales que más padecen los adultos mayores de nuestra investigación, el no tener quien lo atiendan y la viudez fueron las razones que más expusieron como causas por la que viven solos, luego de una estrategia de intervención educativa el 80% estaban incorporados a actividades creadas para su edad, el 85% alcanzó niveles normal o depresión menor, el stress, la concepción generacional, el área familiar, volitiva, cognoscitiva y afectiva elevaron sus % de expresiones positivas.

Palabras claves: Intervención educativa.

Adulto mayor.

Anciano frágil.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con los análisis demográficos de la ONU desde el año 2000 una cuarta parte de la población del planeta tiene más de 60 años y uno de cada 3 adultos es una persona de edad avanzada, mientras que para el año 2015 habrá por primera vez más adultos mayores que niños y ya en el 2025 uno de cada 4 cubanos será una persona de 60 años o más años (1).

No hay dudas de que esta demanda establece un verdadero reto para el estado y el ministerio de Salud Pública, pues el objetivo que se persigue con el anciano, no solo es incrementar en él las expectativas de vida, sino también conservarlo lo más sano y autónomo e independiente posible.

La sociedad de consumo, las políticas neoliberales, la globalización de la economía mundial, pretenden que los ancianos vivan en un mundo orientado a la juventud, muy diferente a la sociedad donde estos ancianos crecieron. En la sociedad capitalista actual se exalta a la juventud y se margina a los viejos, en una forma de descripción que se ha denominado “viejísimo” (ajeism) (2, 3,4). Este tipo de sociedad reduce el valor del anciano al analizar la productividad y el poder, lo que los hace pobres. Ya que no son competitivos y pierden capacidad para ejercer el poder, quedando como única riqueza la cantidad de años sobre sus espaldas (5).

La sociedad socialista cubana se ha estructurado sobre la base de valores humanísticos y en la solidaridad humana, que tienen sus raíces en el ideario martiano (6,7) y en los principios filosóficos del Marxismo Leninismo enaltecedores del hombre como ser social: y aunque preocupen los efectos socioeconómicos del envejecimiento, no ha dejado, ni dejará de prestar atención a la ancianidad, estableciendo programas para mejorar la salud y el bienestar de las personas mayores (8,9).

En nuestro país el día que se escriba la historia de la medicina cubana de estos tiempos, habrá que dedicarle muchas páginas a un capítulo de especial importancia: el de la atención a ese lapso de nuestra vida que hoy llamamos adulto y que necesitan de cuidados, amor y comprensión.

La atención primaria no escapa de la prioridad que se le está brindando al adulto mayor, tanto por el estado cubano como por el MINSAP, muestra de ello es la existencia de un programa destinado a brindar especial atención a este sector de la población: el programa del adulto mayor.

Pero fundamentalmente la atención primaria posee condiciones excepcionales pues el hecho de poder atender y estudiar a estas personas dentro de su propio entorno, en su propio hogar, a través del médico y la enfermera de la familia, le confiere a este tipo de atención un carácter único y excepcionales.

El objetivo principal de la atención al adulto mayor es mantener el validísimo, es decir, la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, lo que le permite de una forma dinámica el desempeño de las actividades del diario vivir. En otras palabras, lo que se persigue es evitar la limitación y la dependencia de las personas mayores, manteniendo o mejorando su calidad de vida.

La familia constituye un grupo insustituible en el cual debe permanecer el adulto mayor todo el tiempo posible pues desvinculado de su medio constituye un factor de alto riesgo social.

La satisfacción por la vida se relaciona altamente con el compromiso social, el cual se encuentra determinado por la actividad que despliega el anciano, así como por sus relaciones afectivas, Mientras más amplias son las actividades y las relaciones afectivas se logra más satisfacción por la vida.

Especial atención requiere el estudio de la depresión en el adulto mayor por ser uno de los estados psíquicos más perjudiciales en este estadio de la vida.

Teniendo en cuenta todos estos elementos, la realización de nuestro trabajo tendrá gran importancia y utilidad para el médico y la enfermera de la familia pues a través del mismo pretendemos estudiar el adulto mayor que vive solo en el consejo popular Sur del Municipio Morón, el cual es clasificado como de riesgo, así como la identificación de la depresión en este sector de la comunidad y la repercusión de

esta en las diferentes esferas de la vida, todo lo cual redundará en el mejoramiento de la atención que se le brinda a este grupo de edad.

Pregunta de investigación:

¿Cómo disminuir la depresión en el adulto mayor que vive solo en el consejo popular Sur del Municipio Morón?

Hipótesis: Si se elabora una estrategia de intervención educativa con técnicas participativas, logrando la inserción social del anciano, entonces se contribuirá a disminuir la depresión en el adulto mayor que vive solo en el consejo Popular Sur del Municipio Morón.

MARCO TEÓRICO

En la última década del siglo XX unida a la primera del siglo XXI, la población en el mundo está en un proceso de transición que tiene varios componentes, y es variable de país a país y hasta en grupos de la población dentro de un mismo país. Se está produciendo una transición demográfica, caracterizada por un desplazamiento de la población desde las edades más jóvenes a las edades más avanzadas (envejecimiento demográfico poblacional); una transición epidemiológica, de un anterior predominio de las enfermedades infecciosas en la morbilidad y mortalidad de la población a un actual predominio de las enfermedades no transmisibles en la carga de morbilidad y mortalidad de la población (10,11).

Un punto importante que debemos analizar es el anciano dentro de la familia, que como categoría histórica es la célula de la sociedad, su vida y su forma está condicionada por el régimen económico-social imperante y por el carácter de las relaciones sociales en su conjunto.

Para el anciano representa además la posibilidad de permanencia en un grupo en ausencia de otros que ya han desaparecido, la proveedora fundamental y a veces única de protección y la promotora de la elevación de auto estima pues se siente vinculada con otros al participar de la vida hogareña con hijos, nietos y demás familiares. (12,13).

El envejecimiento no es solo un proceso físico, sino también una actitud mental, es un proceso que tiene como última etapa la vejez, pero comienza muchísimo antes y no se logra una vejez satisfactoria sino se ha tenido un envejecimiento satisfactorio, por lo tanto, hay que prepararse para la vejez: ese es un concepto básico.

El envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas, sino que ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social siendo de interés para la filosofía, el arte y la medicina de todas las épocas (14).

Sin embargo, durante el presente siglo, asistimos a una situación singular: más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como

etapa de vejez, lo que ha convertido el envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas. Esto considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un problema, si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan. (15)

Los gerontólogos definen el envejecimiento como un proceso dinámico y continuo de la materia en función del tiempo en el cual determinadas manifestaciones externas traducen cambios internos. (16).

Los cambios internos consisten en un deterioro progresivo de las funciones orgánicas disminuyendo la capacidad de adaptación del individuo al ambiente, haciéndolo más vulnerable, proceso que es irreversible y que termina finalmente con la muerte. (17,18).

Hay que tener en cuenta además que el envejecimiento es un proceso endógeno predeterminado que conduce gradualmente a la claudicación y finalmente al colapso de los sistemas de auto regulación y equilibrio energético del organismo, un proceso propio de cada especie que en el humano es individualizado por la dotación genética, la experiencia de la vida y las condiciones psicológicas y sociales en la que transcurre (19).

En la fase final de la existencia humana, condicionados por factores biológicos, Psicológicos, socio-culturales, los estados depresivos suelen instalarse con frecuencia.

La depresión ha estado siempre estrechamente asociada con los aspectos biológicos. En época tan tempranas como el siglo V antes de nuestra era, Hipócrates atribuía la melancolía a un exceso de “bilis negra” circulante, actualmente, tras numerosas hipótesis y teorías tendientes a descifrar la etiología de los estados depresivos, se ha evidenciado el papel de aminas biogénas en los mismos, particularmente la norepinefrina, la dopamina y la serotonina (20)

Wertheimer en 1952, citado por Birren, hace referencia al término de “distimia endorreactiva” diferenciándola de la típica reacción depresiva de períodos anteriores de la vida y señala que aunque en el anciano la depresión puede ser

respuesta adaptativa a las agresiones circundantes esto no implica la exclusión de aspectos biológicos, enfatiza también la interrelación dialéctica entre las minusvalías orgánicas de un organismo desgastado y la posibilidad permanente de enfrentar los eventos vitales susceptibles de provocar reacciones.(21)

La vejez es un periodo que exige esfuerzos adaptativos especiales sobre las bases de los cambios que se experimentan tanto adentro como alrededor del anciano.

En el orden físico la apariencia, el rostro, la textura de la piel, el color y la cantidad de cabellos, la vista, el oído, la fuerza muscular, la agilidad, la resistencia a la fatiga y la vitalidad decrecen en esta etapa.

Intelectualmente el anciano es víctima del trastorno amnésico sobre todos para los procesos de retención, y está limitado tanto en el aprendizaje como en el poder de concentración, afectivamente son frecuentes los sentimientos de abandono y soledad, reforzado por la pérdida de contemporáneos y personas significativa, como el temor obsesivo de presenciar la muerte del cónyuge (22).

La audición y la memoria, particularmente la memoria para hechos recientes y las capacidades sexuales en distintos grados se torna progresivamente deficientes. Además de percibir mal y recordar mal, el anciano tiene dificultad para asimilar cosas nuevas, se fatiga más fácilmente y sus respuestas son más lentas.

Envejecer exige una adaptación desde el punto de vista intelectual pero también desde el punto de vista social y afectivo.

Algunas de las principales modificaciones que es común observar en el curso de envejecimiento psicológico son:

- ❖ Rigidez del pensamiento, juicios, ideas y conducta.
- ❖ Idealización del pasado.
- ❖ Susplicacia, intolerancia, repetición insistente, egocentrismo, avaricia material y afectiva, miedos irracionales, hostilidad y autoritarismo sobre las generaciones siguientes, actitud de dependencia, conductas de oposición y labilidad emocional (23).

Existen varias etapas en las que se ha relacionado la edad con las diferentes posiciones sociales del individuo. Cada una de estas etapas tiene sus propias exigencias en el aspecto de las relaciones humanas alcanzándose en cada una de ellos determinados status sociales, a lo que se ha dado el modelo social del envejecimiento (24,25).

Así de una etapa inicial en que se es niño o adolescente, hijo, escolar y novio se pasa a una intermedia en que se es adulto, padre, esposo, y trabajador hasta culminar por último siendo viejo, abuelo, viudo y jubilado.

Este modelo nos permite conocer que la vejez es una etapa que, en duración es tan importante como la niñez y en la que no todo declina pues a los conocimientos adquiridos se une las experiencias de lo vivido (26).

Mientras que el niño comienza a adquirir habilidades, el adulto mayor tiene ya bien establecido el desempeño de sus funciones, la manera de procurar el no perderlas es el fundamento de la ciencia gerontológico actual.

- ❖ Los ancianos al experimentar más problemas de salud que los jóvenes incrementan los gastos por estos conceptos tanto en consumo de medicamentos como en uso de servicios de salud y asistencia social. Una persona puede llegar a los 60 años con una enfermedad crónica, diabetes M, HTA, Artrosis, pero sin disminuir su calidad de vida que estará muy relacionada con su autonomía, es cierto que deberá cuidarse y ocuparse de esa afección, pero su calidad de vida estará muy relacionada con su autonomía, su capacidad de valerse y no depender de otros. (27,28)

En la actualidad, en muchos países latinoamericanos, al igual que en resto del mundo, se espera un aumento de la población mayor. Se han creado numerosas sociedades gerontológicas, pero aún los servicios a los mayores distan de las condiciones materiales y humanas necesarias para la satisfacción de estos. Han aparecido cifras alarmantes de suicidios y otros fenómenos sociales, pues son sujetos más vulnerables a las políticas neoliberales que propician condición de

desempleo y niveles de empobrecimiento a sectores de la población latinoamericana

Cuba ya es un ejemplo de país en desarrollo, con un envejecimiento importante de la población. El 13.9% de los cubanos tiene 60 años o más, cifra que aumentará, según estimaciones, a casi el 25% en el 2025, con una expectativa de vida al nacer actual de más de 75 años.

Un dato importante que se comienza a manejar es el de los llamados viejos-viejos, con implicaciones socio-económicas y médicas muy especiales, la expectativa de vida actual de las personas que en Cuba cumplen 80 años es de 7.6 años (15).

La vejez es un tema conflictivo, no sólo para el que la vive, sino también que sin ser viejos aún, diariamente la enfrentan desde sus roles profesionales de médicos, psicólogos, asistente social, enfermero, o como hijo, como colega, como socio, como vecino o como un simple participante anónimo de las multitudes que circulan por nuestras grandes ciudades. (Salvarezza, 1988) (29).

Otra dimensión importante del problema del envejecimiento está constituida por la seguridad social, los recursos laborales y estructura económicamente activa. Interesante y complejo resulta sin dudas el hecho de que el nivel global la población económicamente activa de Cuba incrementará de forma notable su edad mediana para llegar cerca de los 42 años en el año 2015. En cuanto a la seguridad y asistencia social el impacto será mayor dado por varios factores, entre ellos el más importante es sin dudas su cobertura universal y la atención que a cargo del presupuesto se da a las necesidades de la población y al pago de sus subvenciones temporales y jubilaciones (30).

Es frecuente que por limitaciones del potencial económico se priven de deleites o actividades a la que se estaba acostumbrado que, de poderlas llevar a cabo, le proporcionaría los placeres espirituales con atenuación de los sentimientos peyorativos acerca de la vejez: A continuación, se mencionan algunas repercusiones de la disminución de los recursos económicos en la vejez.

- ❖ Cambios de función dentro de la familia.
- ❖ Dificultad para el acceso a servicios de salud y sociales.

- ❖ Dificultades para la adquisición de bienes de consumo y medicamentos.
- ❖ Afectación en la nutrición
- ❖ Disminución de la calidad de vida.

La vida moderna ha modificado la característica del entorno familiar con respecto al anciano y esto es más grave en las poblaciones urbanas.

Este problema debe enfocarse desde varios ángulos:

1-El anciano ya no representa una fuente de experiencia acumulada ni es aceptada como parte familiar.

2-No constituye una fuente de ingreso que satisfaga las necesidades del colectivo.

3-Está rodeado por una generación (hijos y nietos) inmerso en un círculo, en un cúmulo de tentaciones o motivaciones diametralmente opuestas a las de él.

4-Puedes resultar según su sexo, más o menos eficiente para asumir funciones en su medio familiar.

5-De enfermar precisa de cuidados que pueden imposibilitar el cumplir sus funciones a unos o más miembros de la familia, lo cual puede ser grave problema según sea la estructura familiar (No. de hijos disponible para cuidarlo).

6-Viudez (31).

En resumen, si cada uno es el resultado de lo que fue anteriormente es evidente que la vejez está determinada por el pasado. Ningún modelo, sin embargo, capta la totalidad de lo que significa envejecer. La vejez como estadio vital de envejecimiento como proceso, no son meras determinaciones biológicas. Son parte de la vida humana, y por ello " más biografía que biología " (32).

En la actualidad existe un amplio acuerdo en cuanto al enfrentamiento de la problemática del envejecimiento que toma en cuenta la relación SOMA PSIQUIS para elaborar un diagnóstico y tratamiento certero, así como para orientar las medidas de promoción de salud y prevención en la tercera edad, de manera que se logren más altos niveles de calidad de vida.

En este sentido la OMS en su informe técnico No 706 insiste sobre la necesidad de mantener al adulto mayor en su entorno familiar como necesidad óptima para la promoción de salud y la prevención de las enfermedades (33)

Es evidente que en estos momentos asistimos a un cambio radical en los lazos de parentesco, la aparición de nuevas formas de familia y la disminución de la natalidad por la tendencia actual de la pareja de tener cada vez menos descendientes, implica que cada anciano tenga menos familiares capaces de cuidarlo, la familia multigeneracional donde estas cuestiones quedaban resueltas de forma espontánea, existe cada vez menos en nuestros días (34)

En la actualidad múltiples autores indican la tendencia de las familias de mantenerse en relación de ayuda y contacto, pero no de convivencia con los de la tercera edad, lo que Rosenmayer y Roches han denominado intimidad a distancia. El hecho que el anciano cuente con determinados recursos materiales como dinero y vivienda o espirituales como educación y cultura no parece ser el móvil fundamental de estas relaciones, sino la necesidad de afecto, el cuidar de los suyos, y la responsabilidad familiar como sentimiento históricamente determinado aprendido y transmitido en el seno familiar.

Atención aparte merece la tendencia creciente que se observa entre los adultos mayores a establecer una vida independiente, la causa de este fenómeno social puede ser la evolución que sufre la vida moderna. En un estudio realizado por **Mishara** (1996) aparece que el 58% de los ancianos de su muestra vivía con el cónyuge o solo, lo que está determinado en gran medida por el cambio en el estilo de vida condicionado por la sociedad moderna, que aunque son apreciados no son asimilados por ellos a los que se suma por iguales causas, el interés de los miembros más jóvenes de mantener atendidos a sus ancianos, pero no convivir con ellos. (34)

De todo esto se desprende un concepto importante al que son aplicables criterios de “fragilidad o vulnerabilidad” que hacen que los adultos mayores incluidos en las mismas sean susceptibles a una priorización en su atención médico – social.

Este concepto es el de adulto mayor solo que desde el punto de vista de riesgo social es todo aquel individuo que no tenga amparo filial o convivientes, pero también los adultos mayores que teniendo familia no tiene amparo filial y los que vivan con uno o varios ancianos frágiles.

Actualmente se está realizando una investigación conjunta –Cuba e Inglaterra— sobre la tercera edad. La característica más general de la situación de la tercera edad en ese contexto, es la carencia de relaciones familiares. Inclusive, en entrevista que se realizó a directores de sistemas de seguridad y de gobierno en diversas regiones británicas, se reconoce la ausencia de la familia y se aborda el trabajo del anciano desde lo individual, enfatizando en sus necesidades materiales.

En otras investigaciones se pone de relieve la influencia de la cognición, la emoción y la conducta en la jubilación, ya que en la crisis de transición del envejecimiento las personas desarrollan estilos de enfrentamientos diferenciados, algunos de los cuales son adaptativos mientras otros son disfuncionales (Buendía J. 1997).

En la investigación de representación social que realiza la Cátedra de Mujeres en la Universidad de la Habana, acerca de la vejez y de otras categorías, se ha trabajado con grupos de abuelas, madres e hijas. Se puede observar cómo las abuelas estudiadas aún desarrollan el modelo patriarcal del matrimonio, fieles y negadas al divorcio hasta en situaciones de conflicto, para ellas hogar e hijos son lo primero (Vasallo N.1997) (29).

Teniendo en cuenta que estos ancianos solo forman parte de este grupo de riesgo dentro de la comunidad por posibilidad de desenlace no deseado que puedan conducir a un resultado final negativo por mal nutrición, inmovilidad, accidentes, depresión, soledad e intento suicida, el ministerio de trabajo y seguridad social creo en el año 1985 un plan de acción para la atención de este grupo que inicialmente comenzó a ofertar servicio de alimentación, lavado de ropa e higiene y actualmente

ha adicionado reparaciones de efectos electrodomésticos ,reparaciones de vivienda, interacción social(actividades socio-culturales, recreativas, deportivas y otras) así como la cobertura de necesidad básica como (calzado, ropa ,lencería y otras).

Hay una gran controversia en los estudios sobre la sintomatología depresiva en población ancianas, que, debidos a la presentación de sus señales y síntoma, es difícil diferenciar del envejecimiento normal.

La depresión en la vejez es una potencial y reincidente enfermedad con significativa morbilidad médica y social (31)

Según Newton y Schulz la medida de apoyo percibido es un factor predictivo de la sintomatología depresiva, y la disminución de los contactos con amigos y las familias también está asociado el descenso de las capacidades funcionales y de la calidad de vida. Confirmando que la falta o disminución de los apoyos sociales es un importante factor para la disminución de la satisfacción por la vida y el aumento de los síntomas depresivos encontrados en poblaciones ancianas. (32)

Se calcula la prevalencia de la depresión entre un 10 y un 20%, aunque este porcentaje puede llegar hasta un 54% en pacientes con algún tipo de patología médica.

Algunos estudios epidemiológicos señalan que la mayor prevalencia de la depresión se sitúa ante de los 65 años específicamente entre los 45y 55 años. Sin embargo, existe un buen número de investigaciones que ponen de manifiesto que las tasas más altas de sintomatología asociada a la depresión se encuentran entre los ancianos comparativamente con otros grupos de edad, aunque no deja de manifestarse como un trastorno complejo de depresión.

La frecuencia es mayor para las mujeres entre los 55 y 80 años, pero esta relación se invierte a partir de los 80 años, con mayor prevalencia en los hombres. (33)

El diagnóstico de la depresión en el anciano suele ser problemático debido a la presencia de enfermedades físicas crónicas, pérdidas psicosociales, quejas o preocupaciones somática y otros factores asociado a la edad avanzada que pueden dificultar la clínica caracterizada fundamentalmente por pesimismo, sensación de

amargura y desesperanza, sufriendo por vivir ,incapacidades para realizar las tareas habituales, trastornos del sueño, cansancio precoz, anorexia, fijación de ideas, empeoramiento matutino, tendencia al llanto, sensación de lentificación del tiempo y pérdidas de la planificación futura.

Es importante conversar con la persona deprimida, escucharla cuidadosamente, no restar importancia a los sentimientos que expresa y escudriñar sobre ideas suicidas será un tópico obligado.

El suicidio constituye uno de los principales riesgos en los ancianos, aunque en cualquier edad el hombre puedes decidir interrumpir su vida en forma autoquímica. La senectud es una etapa en que los seres humanos consideran el suicidio una solución, tanto a sus problemas como a su falta de perspectivas y seguridad futura. esta situación está condicionada con frecuencia el criterio que sustenta muchos viejos de que a edades avanzadas poco pueden reservar la vida, creencia errónea que se ve desmentida por hechos muy categóricos que demuestra que después de los 70años muchos hombres han realizado obras cumbres. De hechos **Cohete** terminó Fausto a los 82 años, y **Lamark** escribió Historia natural a los 80 años. **Ticiano** pintó La Batalla de Lepanto a los 98 años y **Miguel Ángel** concluyó de pintar la cúpula de San Pedro de Roma a los 80 años, en la esfera musical, **Yerdi** escribió su opera Falstaff a los 80 años y **Rossini**, su misa a los 90.(20)

La única profilaxis válida de esta conducta tan individual y polémica, es a nuestro juicio el incremento de los mecanismos de integración familiar y social que permitan al anciano sentirse útil. Tal vez la mejor terapéutica sea la preparación paulatina para aceptar los cambios de estatus y de roles y la extensión de las relaciones interpersonales y de interés que permitan al ser humano en los últimos años de su vida la posibilidad, aun careciendo de belleza física, de saber que alguien lo ama y lo respeta (34)

El anciano va asistiendo a estas pérdidas, a estas limitaciones que día a día la vida va imponiendo y la depresión es la primera manifestación psicológica que se presenta en el mismo, por lo que los ancianos constituye una población con riesgo relativamente alto de poder padecer cuadros depresivos según la capacidad, su intensidad, y la organización de la personalidad del anciano, el área Sur del

Municipio Morón no está exenta de esta situación por lo que se justifica nuestro estudio.

Por ser este estado frecuente en nuestro medio afectando en nuestro municipio al 5 % de la población mayor de 60 años y causante de discapacidad temporal, quedamos motivados en demostrar la efectividad de la aplicación de una intervención educativa.

El envejecimiento satisfactorio y la salud no solo dependen de que haya enfermedad o no, sino de condiciones económicas, adaptación social del individuo y estilos de vida adecuados (35)

Aunque promover un envejecimiento sano está muy relacionado con los hábitos y estilos de vida implantados y aprendidos desde el nacimiento. A continuación, enumeramos algunos aspectos de las condiciones de vida y el entorno social que contribuye a que las personas alcancen la tercera edad psíquicamente sanas, adaptada a su medio.

- ❖ Mantener el propio ritmo de vida del anciano.
- ❖ Asegurar un espacio controlado y dominado por él.
- ❖ Estimular la realización de tarea según sus propios métodos.
- ❖ Tener en cuenta sus capacidades sensoriales e intelectuales, su ritmo de adquisición y Condiciones de eficacia (36)

En nuestro país el envejecimiento de la población representa un desafío que nos debe llevar a:

- ❖ Caracterizar el fenómeno de envejecimiento individual y demográfico en Cuba y su repercusión familiar, social, económica y de salud.
- ❖ Diseñar y promover estrategias que permitan brindar soluciones viables, en el medio cubano, a las principales necesidades de estas personas, así como las repercusiones de este fenómeno en la sociedad.
- ❖ Coordinar acciones que permitan mejores resultados con un uso racional de los recursos dedicados a la atención de estas personas y acciones de promoción y prevención que conduzcan a un envejecimiento y vejez satisfactoria.

- ❖ Movilizar recursos financieros internacionales para el país que ha logrado a partir de su proyecto social una longevidad de su población que tradicionalmente ha sido patrimonio solo de las naciones de más alto desarrollo económico.

No cabe duda que este proceso ha de verse como uno de los resultados más importantes y positivos del proyecto social cubano, pero la rapidez extraordinaria con que avanza en Cuba hace necesario el esfuerzo de todos para mantener y mejorar la calidad de vida de este grupo etareo (37)

Independientemente de los múltiples estudios que se han realizado sobre el tema de la depresión, existen aún dificultades a la hora de enfrentar su evaluación debido a la ambigüedad para refinarla y como consecuencia para identificarla.

OBJETIVO

Objetivo general

1. Realizar un estudio de Intervención educativa que contribuya a disminuir la depresión en el adulto mayor que vive solo en el Consejo Popular Sur del Municipio Morón, durante el Año 2009.

Objetivos Específicos

1. Distribuir a los adultos mayores de la muestra en cuanto a:
 - Edad y sexo.
 - Antecedentes patológicos personales
 - Causas por la que viven solo.
 - Tipo de apoyo que reciben.
 - Incorporación a actividades con personas de su edad.
2. Identificar el nivel de depresión y las esferas de la vida más afectadas por los síntomas depresivos en el adulto mayor que vive solo.
3. Aplicar una estrategia de intervención educativa que contribuya a disminuir la depresión en el adulto mayor que vive solo.
4. Evaluar después de aplicada la intervención:
 - Incorporación a actividades con personas de su edad.
 - Nivel de depresión en el adulto mayor que vive solo.
 - Forma de expresarse la depresión en las diferentes esferas de la vida.

MÉTODO

Se realizó un estudio PRE experimental de tipo intervención educativa antes y después que contribuyó a disminuir la depresión en el adulto mayor que vive solo en el Consejo Popular Sur del Municipio Morón cuya fase ejecutiva se extendió de enero a diciembre de 2009. El universo de trabajo estuvo conformado por la totalidad de los ancianos que viven solos perteneciente al Consejo Popular Sur del Municipio Morón. La muestra estuvo compuesta por ochenta (80) adultos mayores de 60 años del consejo popular Sur de Morón que viven solos, fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico.

I-Criterios de Inclusión.

- 1-Pacientes mayores de 60 años de edad que vivan solos.
- 2-Aceptación del paciente.
- 3-Paciente que su estado físico y mental les permita la comprensión de los diferentes métodos de investigación.

II- Criterios de exclusión.

- 1-Pacientes con patologías psiquiátricas asociadas y retraso mental.
- 2-Pacientes que no desearon cooperar con el estudio.
- 3-No satisfacer los criterios de inclusión.

III-Criterios de salida.

- 1-Abandono voluntario del paciente.
- 2-Aparición de algunos aspectos que contribuyeron al criterio de exclusión.

Ética y bioética

Los adultos mayores de la muestra tuvieron la oportunidad de informarse sobre el objetivo de la intervención y la inocuidad de la misma, que su participación sería voluntaria y una vez incorporados a éste tendrían la posibilidad de abandonarlo si así lo decidieran. Su disposición a colaborar con el estudio se plasmó en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellos y el investigador, quien dio fe del respeto absoluto a la confidencialidad de sus identidades e información

(Anexo 1) la estrategia metodológica se basa en principios, categorías y leyes del materialismo dialéctico y del método científico, aplicados al estudio.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron.

Métodos del nivel teórico.

-Análisis- síntesis-Permitió penetrar en lo fundamental de lo observado separar lo esencial de lo secundario.

-Análisis- histórico – Lógico: Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimiento en el decursar de su historia.

-Inducción- Deducción: Con este método se establecieron generalizaciones que confirmaran empíricamente la hipótesis.

-Hipotético-Deductivo: Con este método se deduce una hipótesis como respuesta al problema.

Métodos del nivel empírico.

-La observación.

- Realización de encuestas.

-Validación estadística.

Como fuente de recolección de la información se utilizó una entrevista (Anexos1) al adulto mayor que vive solo con el objetivo de obtener información acerca de los antecedentes patológico personales, causas por las que viven solo, tipo de apoyo que recibe y su incorporación o no a actividades creadas para su edad. Con este método se evaluaron variables de interés las cuales se categorizaron de la siguiente manera:

Conceptualización y operacionalización de las variables.

Dependiente

Si se presenta o no depresión en la muestra seleccionada para el estudio sobre la depresión en el adulto mayor que vive solo.

Independiente

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas para lograr disminuir la depresión en el adulto mayor que vive solo.

Métodos educativos: Son las vías y modos de actividad conjunta entre los sujetos, para lograr los objetivos propuestos.

- 1- Edad: variable cuantitativa continua. Expresada en años cumplidos.
- 2- Sexo: Variable cualitativa expresada en masculino o femenino.
- 3- Antecedentes patológicos personales. Variable cualitativa nominal politómica. Padece usted de alguna enfermedad como:

- a_____ Hipertensión arterial.
- b_____ Enfermedades Osteomusculares.
- c_____ Cardiopatías.
- d_____ ASMA Bronquial.
- e_____ Diabetes Mellitas
- f _____ Sin Antecedentes.

Se respondió de forma individual si padecía o no alguna enfermedad colocando una cruz en la patología afectada.

4 - Causas por las que viven solos. Variable cualitativa nominal politómica. ¿Vive solo usted por algunas de las siguientes razones?

- a_____ No tiene quien lo atienda.
- b_____viudez.
- c_____ Hijos que viven independientes.
- d_____ Nunca se casó.
- e_____ Divorcio.
- F_____ Porque le gusta.

Se respondió colocando una cruz para identificar la causa por la que viven solos.

5- Tipo de apoyo que recibe. Variable cualitativa nominal politómica. Recibe usted algún tipo de apoyo tales como:

a ____ Afectivo.

b ____ Monetario.

En realización de tareas.

c ____ Doméstico.

d ____ Alimentario.

e ____ ninguno.

Se respondió colocando una cruz para identificar el tipo de apoyo que recibió.

6- Incorporación a actividades creadas para su edad. Variable cualitativa nominal dicotómica. ¿Está usted incorporado a actividades creada para su edad?

a ____ Si.

b ____ No.

Si respondió afirmativamente ¿dónde? Explique.

Se respondió colocando una cruz para identificar la participación o no en actividades creadas para su edad.

Se aplicó además la escala de depresión geriátrica (Anexos 3) con el objetivo de identificar el nivel de depresión presente en el adulto mayor que vive solo. En la evaluación de dicha escala se otorgó un punto por cada respuesta que manifestó rasgos de depresión y de acuerdo a los resultados los niveles fueron:

0-10 Puntos – Normal.

10-14 Puntos – depresión Menor.

Más de 14 puntos- Depresión Mayor.

Utilizamos también un cuestionario (Anexos 4) elaborado por el departamento de Psicología del ISCM de la Habana con el objetivo de identificar las esferas más afectadas por la depresión. El mismo contó con un total de 23 preguntas y fueron calificadas como positivas aquellas que se mostraron optimistas ante la vida y como negativas aquellas que manifestaron rasgos de depresión ante la misma.

Las preguntas se agruparon en 10 grandes categorías:

- I. Concepción filosófica de la vida: Preguntas 1,4y 23.
- II. Actitud ante la muerte: Pregunta 2
- III. Estrés: Pregunta 3.
- IV. Área familiar: Preguntas 5 .14, 19y21
- V. Área cognoscitiva: preguntas 6y18
- VI. Área volitiva: Preguntas 7, 15,8y17
- VII. Salud general: Preguntas 9, 11Y22
- VIII. Área afectiva: Preguntas 10,16y20
- IX. **Concepción** generacional: pregunta 12.
- X. Relaciones humanas: Pregunta 13.

Las esferas más afectadas por los síntomas depresivos fueron aquellas que mayor número de respuestas negativas tuvieron en las preguntas que reunieron cada categoría.

En las esferas donde el número de preguntas fue par, su valoración no solo fue desde el punto de vista cuantitativo sino también cualitativo.

El trabajo se desarrolló en tres fases.

- 1 - Primera fase. Evaluación del nivel de depresión al inicio de la intervención.
- 2 - Segunda fase. De intervención educativa.
- 3 - Tercera fase. Evaluación del nivel de depresión después de la intervención.

Programa de Intervención educativa.

Una vez realizada la encuesta se llevó a cabo el programa educativo que contó con cinco sesiones.

Sesión 1

Tema: Dinámica de presentación, integrantes y presentación de la encuesta.

1- Presentación de los participantes y el programa.

- Técnica participativa: Distribuido en círculo, cada participante dirá su nombre y una cualidad que posea.
- Presentación del programa.

2- Aplicación del instrumento ante de la intervención.

Objetivos:

- 1- Presentar el programa y familiarizar a los adultos mayores entre ellos y con los investigadores.
- 2- Brindar información a las participantes de los propósitos que se persiguen con esta intervención, creando un ambiente de confianza, desinhibición, restableciendo reglas dentro del grupo de pacientes que integran la muestra.

Desarrollo: En esta primera actividad nos reuniremos con los pacientes, le explicaremos el objetivo de la actividad, los problemas que se enfrentan al arribar a la etapa de adulto mayor: Aplicación de la técnica adiós—Hola; debatiremos, después de poner en un papelógrafo las pérdidas y las expectativas, los problemas que enfrentan los adultos mayores como (trastornos del sueño, jubilación, pérdidas de los familiares queridos, enfermedades)

Aplicaremos la técnica entrenando la memoria: en círculo cada participante dice tres palabras y el otro la repite de atrás para adelante.

Solicitaremos su consentimiento, a continuación, aplicaremos el instrumento explicándoles a los pacientes la importancia de responder con la verdad, se le explicará que a partir de ese momento se van a desarrollar una serie de

actividades con temas de interés para ellos y al cierre, debe responder con una palabra como se han sentido.

Sesión 2

Tema: Depresión y stress.

Objetivos: Profundizar con los ancianos en el conocimiento acerca de la depresión y sus principales causas en la vejez, así como enseñarlo a enfrentar la Depresión y stress.

Desarrollo: Comenzaremos esta sesión con una técnica de activación “La rifa afectiva”, luego continuamos con la técnica “A río revuelto” con tarjetas se hacen afirmaciones sobre la depresión y el stress para someterlo a debate.

Se enseñan a realizar ejercicios de psicorelajación.

Al cierre, se hará una lectura de diez mandamientos para una vejez feliz (Periódico Trabajadores 28 de septiembre de 2009).

Sesión 3

Tema: Estilos de vida saludables.

Objetivos: Abordar con los adultos mayores problemas relacionado con su autocuidado y como desarrollar estilos de vida saludables

Desarrollo: Se comenzó haciendo un breve recuento de la sesión anterior (hecha por los adultos mayores)

Técnica: “La farmacia” (una adecuada utilización de los medicamentos en la tercera edad).

Técnica: “La pelota” (autocuidado, alimentación, importancia de la realización de ejercicios físico y como evitar los accidentes).

Al cierre, debe expresar una frase o pensamiento acerca de la sesión.

Sesión 4

Tema: Familia e inserción social del adulto mayor.

Objetivos: Lograr que los ancianos expresen y planteen soluciones en relación con la familia y con la inserción en la vida social.

Desarrollo: Se comenzó la sesión agrupados en dúos o tríos donde comenten sobre lo tratado en la sesión anterior.

Técnicas: técnicas participativas “La entrevista” (uno o dos ancianos hacen el rol de periodista, el resto son entrevistados por ellos, sobre como pueden ser útiles a su familia y la sociedad).

-Dramatización –Conflictos generacionales.

-AL cierre, Abrazos musicales cooperativos.

Sesión-5

Tema: Autoestima y Cierre.

Objetivos: Trabajar la autoestima en los adultos mayores y aplicar instrumento.

Desarrollo: Se comenzó la sesión con la técnica de animación “el correo”, luego se aplicó la técnica “cómo me ven, me tratan”, debate de cómo elevar la autoestima.

-AL cierre Abrazos musicales cooperativos.

-Aplicación del instrumento después de la intervención.

Observación.

Al comenzar cada sesión, cada adulto mayor pondrá delante de ellos una tarjeta de color que exprese su estado de ánimo, al finalizar si éste ha cambiado, cambiaremos la tarjeta.

-Tarjeta roja – Alegre.

-Tarjeta negra- Triste.

-Tarjeta amarilla- Normal.

Como parte de la intervención se desarrollan:

-Talleres de manualidades, desarrollando las habilidades de los adultos mayores, tratando de que tengan una utilidad social (ejemplo; elaboración de juguetes artesanales, plantas ornamentales para las escuelas, círculos infantiles, etc.).

-Trabajo con la comunidad para estimular e insertar al anciano (actos recreativos, círculos de abuelos, actividades de organización de masas y consultorios médicos).

-Dinámica con los familiares de los ancianos para valoración sobre problemas de la edad, así como necesita de apoyo e inserción en la vida familiar y social.

Después de culminada la última sesión se aplicó nuevamente la encuesta inicial a los adultos mayores de la muestra, para su evaluación, se consideraron los mismos parámetros evaluativos que en la etapa de nivel de depresión al inicio de la intervención con el objetivo de evaluar el estudio antes y después y la efectividad de la intervención educativa.

Procesamiento de la información

Los datos se procesaron de forma manual realizándose la revisión y validación de la misma. Como medidas de resumen de la información se utilizó la distribución de frecuencia y porcentajes. Los resultados se presentaron a través de tablas las cuales fueron analizadas para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuesto en el estudio.

Una vez concluida la recopilación de los datos primarios se procedió al recuento individual de cada unidad de información a través de una computadora Pentium, mediante la ejecución de programas del Microsoft Office de Windows, para cuyo análisis se confeccionaron tablas de contingencias, empleándose el porcentaje como medida de resumen, los textos se procesaron en el programa Microsoft Word, que permitieron a su vez la elaboración de conclusiones y recomendaciones al efecto.

Se redactó un informe final, teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el Decano de Postgrado de la FCM de Ciego de Ávila.

RECURSOS

Los recursos humanos que se utilizaron para la investigación de este trabajo se relacionan a continuación.

- Un Licenciado en enfermería Residente de segundo año en Enfermería Comunitaria.
- Un Médico Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral como tutor
- Una Licenciada en Psicología como asesora.
- Un Especialista en Computación en la etapa final.

Los recursos materiales que se utilizaron se describen a continuación:

- 200 hojas de papel gaceta ocho y media por II
- 100 hojas de papel Bond ocho y media por II
- 200 hojas de papel copia ocho y media por II
- Una caja de papel carbón.
- Lápices y Bolígrafos.

- Una calculadora Manual.
- Una computadora Pentium III y una impresora LQ- 2070.
- 1carátula para encuadernar.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Intervención educativa sobre la depresión en el adulto mayor que vive solo, perteneciente al Consejo Popular Sur del Municipio Morón.

TABLA # 1. Distribución de los adultos mayores que viven solos según edad y sexo.

GRUPOS DE EDADES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
60- 64	13	16.25	10	12.5	23	28.75
65-69	14	17.5	9	11.25	23	28.75
70- 74	12	15.0	9	11.25	21	26.25
75 y MAS	8	10.0	5	6.25	13	16.25
TOTAL	47	58,75	33	41,25	80	100

FUENTE: Entrevista

En los datos de la tabla se evidencia que el mayor número de adultos mayores solos que estudiamos estaban comprendidos entre las edades de 60 a 69 años (57,5%) y del total de ellos el (58,75%) eran mujeres. Esta distribución de la muestra con predominio del sexo femenino y de las edades de 60 a 69 años está acorde con la distribución realizada según edad y sexo por Eris Devesa Colina en su estudio del anciano cubano (37).

TABLA # 2. Distribución de los adultos mayores que viven solos según antecedentes patológicos personales más frecuentes.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES	No	%
HTA	24	30.0
ENF OSTEOMIOARTICULARES	12	15.0
CARDIOPATIAS	9	11.2
ASMA BRONQUIAL	8	10.0
DIABETES MELLITUS	10	12.5
SIN ANTECEDENTES	17	21.3
TOTAL	80	100

FUENTE: Entrevista

En esta tabla se observa que de los adultos mayores de nuestro estudio el (30.0%) padece de HTA y el (15%) de enfermedades osteomioarticulares, coincidiendo estos resultados con la alta presencia de enfermedades crónica no transmisible encontradas por Eris Devesa Colina en el estudio realizado en este grupo etáreo (37).

TABLA # 3 Distribución de los adultos mayores que viven solos según causas por las que vive solos.

CAUSAS POR LAS QUE VIVEN SOLOS	No	%
NO TIENEN QUIEN LOS ATIENDA	24	30.0
VIUDEZ	20	25.0
HIJOS QUE VIVEN INDEPENDIENTES	16	20.0
NUNCA SE CASÓ	10	12.5
DIVORCIO	8	10.0
PORQUE LE GUSTA	2	2.5
Total	80	100

FUENTE: Entrevista

Dentro de las causas por las que viven solo el mayor número de adultos mayores de nuestro estudio refirieron no tener quien los atiende en el (30%) de los casos, el (25%) refirió como causa la viudez y (20%) manifestó que era debido a que los hijos vivían independientes.

TABLA # 4 Distribución de los adultos mayores que viven solos según tipo de apoyo que reciben.

TIPO DE APOYO	No	%
. AFECTIVO	16	20.0
. MONETARIO	12	15.0
. ALIMENTOS	12	15.0
EN REALIZACIÓN DE TAREAS		
. DOMÉSTICAS	9	11.7
. NINGUNO	31	38.3
TOTAL	80	100

FUENTE: Entrevista

Los datos de esta tabla nos permiten observar que (20,0%) de los adultos mayores de nuestro estudio manifestaron recibir apoyo de tipo afectivo y el (38,3%) dijeron no recibir ningún tipo de apoyo: es decir 31 de los entrevistados no reciben apoyo de los familiares y/o vecinos.

TABLA # 5 Distribución de los adultos mayores que viven solos según la incorporación a actividades con personas de su edad antes y después de la intervención.

INCORPORACIÓN A ACTIVIDADES	Inicio		Final	
	No	%	No	%
INCORPORADO	38	35	64	80
SIN INCORPORAR	52	65	16	20
TOTAL	80	100	80	100

FUENTE: Entrevista

Como se observa en esta tabla antes de la intervención el (35%) de los adultos mayores entrevistados manifestaron estar incorporados a actividades con personas de su edad (Círculos de abuelos, Asociaciones de jubilados y Liceos) mientras que el (65%) manifestó no estar incorporados a este tipo actividades, después de una intervención educativa pudo observarse que el (80%) de los adultos mayores estaban incorporados a círculos de abuelos ,asociaciones de jubilados y liceos o sea estaban vinculados a actividades creadas para su edad, lo que corrobora la eficacia de la estrategia aplicada.

TABLA #6. Distribución de los adultos mayores que viven solos según el nivel de depresión antes y después la intervención.

Niveles de depresión	Antes		Después	
	No	%	No	%
Normal	25	31.4	50	62.0
Depresión menor	34	42.4	18	23.0
Depresión mayor	21	26.2	12	15.0
Total	80	100	80	100

FUENTE: Escala de depresión geriátrica.

A partir de los resultados obtenidos con aplicación de la escala de depresión geriátrica en los adultos mayores de nuestro estudio obtuvimos que el (68.6%) de ellos (55 adultos mayores) presentan depresión mayor o menor mientras que el (31.4%) (25 adultos mayores) se encuentran en nivel normal lo cual pudo constatarse a través un diagnóstico inicial. Luego de la aplicación de un programa educativo pudo observarse como disminuye el nivel de depresión, el (85%) de los adultos mayores alcanzaron nivel normal y depresión menor de ellos (68 adultos mayores), mientras que el (15%) de ellos (12 adultos mayores) presentaron depresión mayor. Estos resultados coinciden con los obtenidos en el estudio de “Depresión en los Ancianos” realizado por el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana (42): lo cual puede estar determinado porque nuestro estudio se realizó en el adulto mayor que vive solo y según Newson y Schulz (1996) la medida de apoyo percibido es un factor predictivo de la sintomatología depresiva (43).

TABLA # 7 Distribución de los adultos mayores que viven solos según la forma de expresarse la depresión en las diferentes esferas de la vida antes y después de la intervención.

ESFERAS	Antes						Después					
	EXPRESIÓN POSITIVA		EXPRESIÓN NEGATIVA		TOTAL		EXPRESIÓN POSITIVA		EXPRESIÓN NEGATIVA		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
CONCEPCIÓN FILOSÓFICA DE LA VIDA	67	83.8	13	6.2	80	100	67	83.8	13	16.2	80	100
ACTITUD ANTE LA MUERTE	57	71.2	23	28.8	80	100	62	77.0	18	23.0	80	100
STRÉS	17	21.2	63	78.8	80	100	54	67.6	26	32.4	80	100
ÁREA FAMILIAR	29	36.2	51	63.8	80	100	55	68.8	25	31.2	80	100
ÁREA COGNOSCITIVA	29	36.2	51	63.8	80	100	48	60.0	32	40.0	80	100
ÁREA VOLITIVA	37	46.2	43	53.8	80	100	57	71.2	23	28.8	80	100
SALUD GENERAL	60	75.0	20	25.0	80	100	69	86.3	11	13.7	80	100
ÁREA AFECTIVA	25	31.2	55	68.8	80	100	62	77.0	18	23.0	80	100
CONCEPCIÓN GENERACIONAL	11	26.2	59	73.8	80	100	42	52.4	38	47.6	80	100
RELACIONES HUMANAS	74	92.5	6	7.5	80	100	77	96.2	3	3.8	80	100

FUENTE: Cuestionario.

Como se observa en la tabla durante el diagnóstico inicial el mayor número de respuestas negativas que manifiestan rasgos de depresión lo obtuvo el stress con un (78.8%), concepción generacional con un (73.8%), el área afectiva con un (68.8%), el área cognoscitiva con un (63.8%), el área familiar con un (63.8%) y el área volitiva con un (53.8%), luego de la aplicación de un programa educativo pudo constatar que se elevaron los % de expresiones positiva en las respuestas de los pacientes. El stress con un(67.6%), concepción generacional con un (52,4),

el área afectiva con un(77%), el área el área cognoscitiva con un (60%), el área familiar con un (68.8%) y área volitiva con un (71.2%), por otra parte el área de relaciones humanas fue la que obtuvo el mayor % expresiones positivas en sus respuesta con un (92.5%)y(96.2) respectivamente antes y después de la intervención, es importante destacar que estas personas que viven solas al preguntarles acerca de si les complace o no la compañía de otras personas respondieron de forma afirmativa.

CONCLUSIONES

El grupo de edad de mayor por ciento en nuestra investigación fue el de 60-69 años y el sexo femenino fue el más frecuente, la HTA y las enfermedades osteomiartriciales fueron los antecedentes patológicos personales que más padecen los adultos mayores de nuestra investigación, el no tener quien los atiende y la viudez fueron las razones que el mayor número de adultos mayores mencionaron como la causa por la que viven solo, luego de una intervención educativa el 80% de los adultos mayores se incorporaron a actividades creadas para su edad, el 85% alcanzó nivel normal o depresión menor, el stress, la concepción generacional, las áreas cognoscitiva, afectiva, familiar, volitiva elevaron sus % de expresiones positivas en sus respuestas.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos en nuestro trabajo podemos hacer las siguientes recomendaciones:

- ❖ Ampliar la muestra
- ❖ Aplicar técnica psicometrías que permitan un diagnóstico más profundo certero de la depresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Informe del Ministerio de Salud Pública a la Asamblea de Balance del Año 2004 MINSAP.

2-Scott WC, Bernstein SL. Coble YD et al, American Medical Association white Paper on Elderly Health. *Arch Intern Med* 2003; 150:2459-72.

3-Butter RN, Sex after 65. En: Brown LE. Ellis EO eds, *Quality of life: The later Year*: Acton, Massachusetts: Publishing Sciences Group, 1975:129-143.

4-Belando MR, Sarlet AM, Gerogogía de la Salud, Una aproximación a este campo de estudio imprescindible para una mayor calidad de vida y bienestar de la vejez, *Pedagogía Social* 2005:12:105-17.

5-Ballester L. Santiago J. Sastre T. Representaciones sociales de las necesidades de las personas mayores, *Pedagogía Social* 2004; 13; 59-67.

6- García Rodríguez CM, Dos enfoques humanistas en el abordaje del problema psicosocial del anciano, Trabajo referativo para optar por categoría de profesor auxiliar. FCM Cienfuegos 1996: 9-18.

7-Pichardo H. La Ancianidad. En su: José Martí. *Lecturas para niños*, Ciudad de la Habana: Pueblo y Educación, 1990: 251-2.

8-Geriatria y Gerontología, Programa de desarrollo 2000, Ciudad de la Habana: Edit Ciencias Médicas, 1987.

9-MINSAP. Programa de atención al adulto mayor, Ciudad de la Habana, 2006.

10-Joint National Committee Report on the Diagnosis and Treatment of Hypertension. (JNCVI). *Arch. Intern. Med.* 1997 157: 2413-46.

11-De Nicola L. et al. Abordaje global del riesgo cardiovascular en la enfermedad renal crónica, realidad y oportunidades para la intervención. *Kidney International* (Edición español) (2006), 2, 13-22.

12-Rosental M; Ludin P .Diccionario Filosófico. Ciudad de la Habana: Edit. Política .1981:162

13- Engels F. El Origen de la familia, la propiedad Privada y el estado. En: Marx C; Engels F. *Obras Escogidas t .III*. Moscú: Edit. Progreso, 1974:203-354.

14- Prieto O, Vega E, Envejecimiento de la sociedad Moderna, En su: *Temas de Gerontología*, Ciudad de la Habana: Edit Científico Técnica, 2006:15-19.

15-Álvarez Sintés, R. *Temas de Medicina General Integral*. Volumen I. Salud y Medicina. Editorial Ciencias Médicas. 3ra Edición 2006.Pág. 166-167.

- 16- Espinosa Brito A, Quintana ML, Aspectos Demográficos y Epidemiológicos en los estudios de los ancianos, en: Espinosa AD, Romero AJ: Temas de Gerontogeriatría, Cienfuegos: Rev., Finlay, 2003; 15-26.
- 17-Romero AJ, Aspectos Conceptuales de la Geriatria, En: Curso Precongreso MEDINTERN 98 "Actualización en medicina Geriátrica", Cienfuegos, 2006 1-2(Folleto sin publicar).
- 18-Rathschild H, Biología del envejecimiento, En su: Factores de riesgo en la edad avanzada México DF: La prensa Médica Mexicana, 1997: 1-9.
- 19- Fuente de Rde La, El envejecimiento: una etapa del ciclo vital, Salud mental 2004: 22(5):1-2.
- 20-Valdés Mier, M. Psicogeriatría para Médicos Generales Integrales. —Sgto. de Cuba: Editorial Oriente; 1997.pág 29-33
- 21-Handbook of the mental health and Aging. Prentice Hall Inc Englewood Cliffs, NEW YORK, 1980
- 22- Castro—López Ginard, H, Psiquiatría —T, III,— Habana: Pueblo y educación, 2006 p51.
- 23- Ugalde Hernández O. Sobre la evaluación del estado mental del anciano, Salud Mental 2005:22(5):20-3.
- 24- Barros Lazaeta C, Aspectos sociales en el envejecimiento. En Ansola Pérez E: Galinsky D: Morales Martines F: Salas AR: Sánchez Alyendez M, eds.
- 25-Quintero G: Trujillo O. Aspectos sociales del envejecimiento en Prieto O, Vega E, eds. Temas de Gerontología. Ciudad de la Habana: Edit Científico Técnica, 1996: 32-7.
- 26- Finch CE, Schneider EI... Mitos del envejecimiento: Todo declina con la edad, Bennet JC, Lun F .eds, Cecil Tratado de Medicina Interna ,20 Edición, Río de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005:15-19.
- 27-Grundy E, The Epidemiology of aging. En: Brocklehurst JC, Tallis RC, Fillit HM eds, Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. New York: Churchill Livingstone, 2003:3-20.
- 28- Monane M; Avorn J. Medications and falls. Causation, correlation and prevention. Clinics in Geriatric Medicine 1996:12(4):847-58.
- 29-Orosa, T. Tercera Edad. En: Álvarez Ledesma. Selección de lecturas sobre psicología de las edades y la familia. —Ciencias Médicas; 2007 Pág.135-137.
- 30-Martínez Almansa L. Menéndez Jiménez J, Cáceres Manso E, Baly M, Vega García E, Las personas de edad en Cuba. Principales Tendencias Demográficas y Morbimortalidad. Resúmenes 2008; 12(2):77-90.

31-Rocabruno Maderos, JC. Gerontología y geriatría clínica – Habana: Ciencias Médicas, 2006, p29.

32-Tamayo S Atención al paciente anciano Terminal desde la perspectiva del Hospital. Trabajo para optar por el título de especialista de I Grado en Gerontología y Geriatría.IS. Tamayo Muñiz. Cienfuegos .2005.

33- Informe de un grupo de estudio de la OMS, Serie de informes técnicos 706, Ginebra, Suiza, 1985.

34- Heane, S.M. Sells, S-: Reconozing Depression in the elderly J Gerontol Nurs. Jam 2006, 16(1): 21-5.

35- Steiner, D; Marcopolus, B-: Depresión in the elderly. Characteristics and clinical management Nurs Clin North Am, 2006; Sept. 26(3) 585-600.

36- Newson, J.T. Y Schulz R-: Social Support as a mediator in the relation between Functional status and quality of life in the older adults, Psychol Aging, Mar, 2003; II (1):34-44.

37-Devesa Colina, E, Geriatría y Gerontología: El anciano cubano. —Habana: s.e y s.a 44p.

38-Castro – López Ginard, H, Psiquiatría, -- T.III. —Habana: Pueblo y educación, 2002, p63-64.

39- Pons P., et al, Conocimiento acerca del estilo de vida y de los principales problemas de salud en longevos y centenarios. Rev. Cubana de Medicina General Integral 2004;4(2):5-17.

40- Rocabruno Mederos, JC, Gerontología y Geriatría Clínica. —Habana: Ciencias Medicinas, 2007 p24.

41-.0-. Vega García E. ¿Hacia dónde vamos? Resumed2008:12(2):55-6.

42- Molina, R. La gerontología en Latino América Referencia El caso de Nenezuela. Geriátrica, 2007, 15(1):44-49.

43- Polo Robaina M, Hemse A, Frank, M, Depresión en el anciano Psicol. 1987,10(2):142-162.

44-La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. OPS Phb Cient No 546, Washington DC, 2005:34-41.

Anexos

Anexo # 1.

Protocolo de la entrevista.

1-Nombre.

2-Edad.

3-Sexo.

4-CMF.

5- ¿De qué enfermedades usted padece?

6-¿Por qué usted vive solo?

7-¿Qué tipo de apoyo reciben de familiares y/o vecinos?

8- ¿Está incorporado a círculos de abuelos, grupos de jubilados, ¿Liceos, etc.?

Anexo # 2

Modelo **de** consentimiento informado por escrito del paciente:

Título del ensayo clínico -----

Yo (paciente) -----

He tenido contacto con el investigador-----

el cual me ha explicado todos los aspectos relacionado con el ensayo clínico.

He podido hacer todas las preguntas que me preocupaban sobre el ensayo o estudio he recibido respuestas satisfactorias.

Comprobando que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme del mismo cuando lo desee, sin que sea necesario explicar las causa y que además esto no implicaría ninguna consecuencia en relación con otros posibles tipos de intervención, ni afectaría la relación (médico-paciente) con los médicos que la atienden.

Para expresar libremente mi conformidad de participar en el estudio, firmo este modelo.

-----	-----	-----
Nombre del paciente.	Firma	Fecha

-----	-----	-----
Nombre del médico	Firma	Fecha

Anexo # 3

Escala de depresión Geriátrica

	SI	NO
1-¿Estás básicamente satisfecho con tu vida?	—	—
2-¿Ha renunciado a muchas de sus actividades o intereses?	—	—
3-¿Siente que su vida está vacía?	—	—
4-¿Se encuentra a menudo aburrido?	—	—
5-¿Tiene mucha fé en el futuro?	—	—
6-¿Tiene a menudo un buen ánimo?	—	—
7-¿Tiene molestias por pensamientos que puede sacarse de la cabeza?	—	—
8-¿Tiene miedo de que algo malo le está pasando?	—	—
9-¿Se siente a menudo abandonado?	—	—
10-¿Está a menudo intranquilo o inquieto?	—	—
11-¿Prefiere quedarse en casa que salir o hacer cosas nuevas?	—	—
12-¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	—	—
13-¿Encuentra que tiene problemas de memoria más que la mayoría?	—	—
14-¿Piensa que es maravilloso vivir?	—	—
15-¿Se siente a menudo melancólico o desanimado?	—	—
16-¿Se siente bastante bien en el medio que está?	—	—
17-¿Está muy preocupado por el pasado?	—	—
18-¿Encuentra la vida muy estimulante?	—	—
19-¿Es difícil para ti poner en marcha nuevos proyectos?	—	—
20-¿Prefiere evitar reuniones sociales?	—	—
21-¿Se siente llena (o) de energía?	—	—
22-¿Siente que su situación es desesperada?	—	—
23-¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	—	—
24-¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	—	—
25-¿Frecuentemente tienes ganas de llorar?	—	—
26-¿Tienes problema para concentrarse?	—	—
27-¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	—	—
28-¿Es fácil para usted tomar decisiones?	—	—
29-¿Su mente está tan clara como de costumbre?	—	—

Anexo # 4

Cuestionario

SI NO

- | | |
|--|-------|
| 1-¿Piensa casi siempre que la vida merece la pena? | __ __ |
| 2-¿Tienes miedo morir solo o abandonado? | __ __ |
| 3-¿Se siente sometido a una gran tensión interna? | __ __ |
| 4-¿Siente con frecuencia deseos de morir? | __ __ |
| 5-¿Sus seres más allegados se preocupan por usted? | __ __ |
| 6-¿Encuentra más difícil que nunca fijar la mente en alguna ocupación o tarea? | __ __ |
| 7-¿Ha mantenido períodos de días, semanas o meses en las cuales no pudo atender sus quehaceres porque no podía arrancar? | __ __ |
| 8-¿Su sueño es intranquilo o interrumpido? | __ __ |
| 9-¿Se siente físicamente tan saludable como la mayoría de las personas de su edad? | __ __ |
| 10 -¿Su estado de ánimo en general es triste? | __ __ |
| 11-¿Durantes los últimos años se ha sentido físicamente bien para su edad la mayor parte del tiempo? | __ __ |
| 12-¿Considera usted que los viejos son solo un estorbo? | __ __ |
| 13-¿Le complace la compañía de otras personas? | __ __ |
| 14-¿Se siente usted aislado dentro de sus familiares o grupo? | __ __ |
| 15-¿Le cuesta trabajo conciliar el sueño? | __ __ |
| 16-¿Se entristece con facilidad? | __ __ |
| 17-¿Tiene buen apetito? | __ __ |
| 18-¿Su vida diaria tiene cosas que lo entretienen? | __ __ |
| 19-¿Se siente útil a la sociedad y/o a su familia? | __ __ |
| 20-¿Le hacen reír algunos chistes? | __ __ |
| 21-¿Está satisfecho con su familia? | __ __ |
| 22-¿Sufre de estreñimiento? | __ __ |
| 23-¿Piensa que tu vida a sido un fracaso? | __ __ |