



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DINÁMICA

DETERIORO COGNITIVO, ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y DEPRESIÓN
SEGÚN EL SEXO EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS
(RESIDENCIA PÚBLICA Y RESIDENCIA PRIVADA).

(Trabajo de Licenciatura presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito parcial para optar al título de Licenciado(a) en Psicología).

TUTOR:

Giovanna Paván

AUTORES:

Natassha Castillo

Rosángela Riti

CARACAS, ENERO DE 2016

Agradecimientos.

A la Casa Hogar Villa Aconcagua y a la Casa Hogar San José por permitirnos ingresar a sus instalaciones.

A todos los participantes de nuestro estudio, quienes nos recibieron con los brazos abiertos y confiaron en nosotras para hablar de sus vidas y de sus maravillosas historias.

A nuestra tutora, Giovanna Pavan, quien guió cada uno de nuestros pasos en este largo pero hermoso camino y estuvo para nosotras en todo momento.

A nuestros profesores de la mención Clínica Dinámica y a la Universidad Central de Venezuela, quienes con sus enseñanzas nos formaron profesionalmente para ser capaces de realizar un trabajo de investigación como este.

Dedicatoria

- A Dios y a la Virgen del Valle, porque sé que sin ellos no sería posible ningún éxito en la vida.
- A mi madre, Ninoska, por siempre apoyar mis sueños y motivarme a seguir luchando todos los días por lo que quiero. Sin ti, nada de lo que he logrado habría sido posible.
- A mi padre, Mervin, quien a pesar de las dificultades siempre ha tratado de apoyarme y estar conmigo durante los momentos más difíciles.
- A mi abuela, Rosa, ejemplo de mujer luchadora, quien ha sido mi ejemplo a seguir desde que tengo memoria.
- A mi abuelo, mi Chavalito, quien desde las alturas sé que debe estar orgulloso de que “su muchachita” haya logrado cumplir la promesa que le hizo.
- A mis hermanos, Walesska y Gerardo, a quienes los he sacado de quicio durante este largo proceso, sin embargo, sé que están muy orgullosos de este gran logro.
- A mi tía, Sandra, quien ha sido una segunda madre para mí durante estos 5 años de carrera, este triunfo también es tuyo.
- A mis tíos, primos y primas por su apoyo y porque sé que este logro los enorgullece.
- A mis compañeros incondicionales, Genesis, Ericka, Hayleen, Luis y Angel, quienes a pesar de las dificultades siempre han estado ahí para mí.
- Por último, pero no menos importante, a mis amigos de WorldMun. A ustedes que se han convertido en una segunda familia para mí, los quiero muchísimo.

A todos ustedes, muchísimas gracias.

Natassha Castillo.

Dedicatoria

A Dios, a quien ahora conozco de una forma distinta, en quien creo cada días más, guía de cada uno de mis pasos y el mayor testigo de todos los obstáculos superados, el esfuerzo y el amor entregado a este trabajo.

A mis padres, pilares fundamentales de mi educación y de todo lo que soy hoy en día, mi mayor apoyo y la pieza más importante e irremplazable de mi vida.

A mi nonno Giuseppe, que sin saberlo fue la fuente de inspiración para la realización de este trabajo y que a lo largo de la vida me ha enseñado que la constancia y el amor por lo que haces son los principales ingredientes para el éxito. Ti amo con tutto il mio cuore.

A mi sobrina, mi chiqui preciosa. Siempre me preguntaste “¿por qué esa tarea es tan larga, tía?”. Espero algún día lo entiendas y te sirva de inspiración.

A mi novio, quien ha sido mi cómplice, mi motivador y mi apoyo durante este proceso.

A Giovanna Paván, quien creyó en mí en los momentos en los que yo dejé de hacerlo.

A mis profesores de la mención Clínica Dinámica. Estoy segura de que en este trabajo se encuentran reflejadas cada una de sus enseñanzas.

A mi UCV, mi segunda casa, “la casa que vence las sombras”. No eres humana, pero tienes vida. No eres maestra, pero enseñas lo que no se podría aprender en otro lugar. No eres madre, pero me acogiste entre tus brazos durante todos estos años y me hiciste crecer y creer. Sólo un ucvista sabe lo que significa venir de ti.

Rosángela Riti.

Resumen

A pesar del incremento de la población adulta mayor, se observa apenas un inicio de las investigaciones realizadas en nuestro país en el campo de la psicología, especialmente en aquellos que están institucionalizados. El presente estudio mixto, de campo, no experimental-transeccional, propuso evaluar a profundidad deterioro cognitivo, ansiedad ante la muerte y depresión, según el sexo y el tipo de institución (pública y privada) en un grupo de 22 ancianos de 65 años en adelante, entre quienes se establecieron similitudes y diferencias. Se evaluó el deterioro cognitivo por medio del Cognistat, la depresión por la “Escala de Depresión Geriátrica” de Yesavage (1983), la ansiedad mediante la “Escala de Ansiedad Ante la Muerte” de Templer (1970) y por último, se utilizó una entrevista semiestructurada y el “Test de Apercepción Temática para Edades Avanzadas” de Bellak (2001) para profundizar en los aspectos dinámicos. Los resultados obtenidos mostraron diferencias entre sexo, además de que el deterioro cognitivo y la depresión se manifestaron en mayor medida en la institución pública, mientras que la ansiedad ante la muerte se observó en mayor medida en la institución privada.

Palabras claves: *Adulto mayor institucionalizado, deterioro cognitivo, ansiedad ante la muerte, depresión.*

Abstract

Despite the increase in the elderly population, it is seen just the beginning of research in our country in the field of psychology, especially those who are institutionalized. These joint study fields, not experimental-transeccional proposed evaluate depth cognitive impairment, death anxiety and depression, according to sex and type of institution (public and private) in a group of 22 elderly aged 65 later, between those similarities and differences they settled. Cognitive impairment through Cognistat was assessed depression by the "Geriatric Depression Scale" Yesavage (1983), anxiety through "Anxiety Scale Death" Templer (1970) and finally used a semi structured interview and the "Thematic Apperception Test for Advanced Age" Bellak (2001) to deepen the dynamic aspects. The results showed differences between sex, in addition to cognitive decline and depression manifested more in the public institution, while the death anxiety was observed more in the private institution.

Keywords: *Adult more institutionalized, cognitive impairment, death anxiety, depression.*

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Agradecimientos.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
I. MARCO TEORICO.....	3
1.1. Ciclo vital.....	3
1.2. Etapas del Ciclo Vital.....	3
1.3. Adulto Mayor.....	5
1.4. Envejecimiento.....	6
1.5. Envejecimiento en Venezuela.....	7
1.6. Deterioro cognitivo en el adulto mayor institucionalizado.....	8
1.7. Diferencias en cuanto al sexo en el deterioro cognitivo del adulto mayor.....	9
1.8. Muerte.....	10
1.9. Ansiedad.....	11
1.10. Ansiedad ante la muerte en el adulto mayor.....	13
1.11. Depresión.....	16
1.12. Depresión en el adulto mayor.....	17
1.13. Diferenciación en cuanto al sexo en la ansiedad ante la muerte y la depresión en el adulto mayor.....	18
1.14. La institucionalización del adulto mayor.....	21
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
2.1. Justificación.....	26
III. OBJETIVOS.....	28
3.1. Objetivo General.....	28
3.2. Objetivos Específicos.....	28
IV. MARCO METODOLÓGICO.....	29
4.1. Tipo y diseño de investigación.....	29
4.1.1. Enfoque Cuantitativo.....	29
4.1.2. Enfoque Cualitativo.....	29

4.2. Variables y dimensiones del estudio.....	30
4.2.1. Enfoque Cuantitativo.....	30
4.2.1.1. Deterioro Cognitivo.....	30
4.2.1.2. Ansiedad ante la Muerte.....	30
4.2.1.3. Depresión.....	31
4.2.1.4. Sexo.....	31
4.2.1.5. Tipos de institución.....	32
4.2.1.6. Variables Extrañas.....	32
4.2.2. Enfoque Cualitativo.....	33
4.2.2.1. Dimensiones.....	33
4.3. Participantes.....	33
4.3.1. Enfoque Cuantitativo.....	33
4.3.2. Enfoque Cualitativo.....	33
4.4. Recursos.....	34
4.4.1. Humanos.....	34
4.4.2. Materiales.....	34
4.4.2.1 Enfoque Cuantitativo.....	34
4.4.2.2. Enfoque Cualitativo.....	36
4.4.2.3. Otros Materiales.....	36
4.5. Procedimiento.....	37
V. RESULTADOS.....	39
5.1. Análisis cuantitativo.....	39
5.1.1. Deterioro Cognitivo.....	40
5.1.2. Ansiedad ante la muerte.....	43
5.1.3. Depresión.....	51
5.2. Resumen de los resultados cuantitativos.....	58
5.3. Análisis Cualitativo.....	60
VI. DISCUSIÓN.....	72
VII. CONCLUSIONES.....	78
VIII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	82
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	84

ANEXOS.....	91
--------------------	-----------

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Especificaciones del contenido de las láminas del SAT.....	35
Tabla 2. Diferencias obtenidas de acuerdo al tipo de institución.....	58
Tabla 3. Diferencias de acuerdo al sexo en institución privada.....	59
Tabla 4. Diferencias de acuerdo al sexo en institución pública.....	59
Tabla 5. Diferencias entre mujeres de acuerdo al tipo de institución.....	59
Tabla 6. Diferencias entre hombres de acuerdo al tipo de institución.....	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1. Deterioro cognitivo en adultos mayores de acuerdo al tipo de institución según el Cognistat.....	40
Figura 2. Deterioro cognitivo de acuerdo al sexo en adultos mayores residentes en Institución Privada (Hogar San José) según el Cognistat.....	41
Figura 3. Deterioro cognitivo de acuerdo al sexo en adultos mayores residentes en institución pública (Hogar Villa Aconcagua) según el Cognistat.....	42
Figura 4. Deterioro cognitivo en hombres adultos mayores de acuerdo al tipo de institución según el Cognistat.....	42
Figura 5. Deterioro cognitivo en mujeres adultas mayores de acuerdo al tipo de institución según el Cognistat.....	43
Figura 6. Ansiedad ante la muerte de acuerdo al tipo de institución según la Escala de Ansiedad ante la muerte de Templer.....	44
Figura 7. Ansiedad ante la muerte de acuerdo al sexo en adultos mayores residentes de una institución privada (Hogar San José), según la Escala de Ansiedad ante la muerte de Templer.....	44
Figura 8. Ansiedad ante la muerte en hombres y mujeres adultos mayores de una institución privada, según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT).....	46
Figura 9. Ansiedad ante la muerte de acuerdo al sexo en adultos mayores residentes en institución pública (Hogar Villa Aconcagua), según la Escala de Ansiedad ante la muerte de Templer.....	46
Figura 10. Ansiedad ante la muerte en hombres y mujeres adultos mayores de una institución pública, según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT).....	48
Figura 11. Ansiedad ante la muerte en hombres adultos mayores de acuerdo al tipo de institución, según la Escala de Ansiedad ante la muerte de Templer.....	49
Figura 12. Ansiedad ante la muerte en hombres adultos mayores de una institución pública y una institución privada según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT).....	50
Figura 13. Ansiedad ante la muerte en mujeres adultas mayores de acuerdo al tipo de institución, según la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer.....	50

Figura 14. Ansiedad ante la muerte en mujeres adultos mayores de una institución pública y una institución privada, según del Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT).....	51
Figura 15. Depresión en adultos mayores de acuerdo al tipo de institución, según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.....	52
Figura 16. Depresión de acuerdo al sexo en adultos mayores residentes de una institución privada (Hogar San José), según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.....	52
Figura 17. Depresión en hombres y mujeres adultos mayores de una institución privada, según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT).....	53
Figura 18. Depresión de acuerdo al sexo en adultos mayores residentes de institución pública (Hogar Villa Aconcagua), según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.....	54
Figura 19. Depresión en hombres y mujeres adultos mayores de una institución pública, según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT).....	55
Figura 20. Depresión en hombres adultos mayores de acuerdo al tipo de institución, según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.....	56
Figura 21. Depresión en hombres adultos mayores de una institución pública y una institución privada, según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT).....	56
Figura 22. Depresión en mujeres adultas mayores de acuerdo al tipo de institución, según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.....	57
Figura 23. Depresión en mujeres adultas mayores de una institución pública y una institución privada, según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT).....	58

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso natural del ser humano vinculado al paso del tiempo y en este proceso el adulto mayor sufre cambios que incluyen la disminución de capacidades cognitivas y físicas, el deterioro, la cronificación, cambios en la rutina y en la afectividad, pérdida de vínculos y la búsqueda de nuevos recursos para mantener la autoestima. A estos eventos pueden asociarse el dolor y el temor, el sufrimiento, la indefensión y la desesperanza, el aislamiento y la soledad, el deterioro mental y físico, la pérdida de competencia y de adecuación, y la dependencia cada vez mayor respecto a los otros.

Cerquera (2008), asegura que lo anteriormente mencionado puede tener como consecuencia el padecimiento de depresión, ansiedad ante la muerte y ante la pérdida; incluso algunos consideran erróneamente estos padecimientos como normales en la vejez. Por otro lado, de no ser diagnosticados y abordados adecuadamente, se puede causar un sufrimiento aún mayor al anciano, ya que su familia, enfermero o cuidador no dará las atenciones adecuadas para su estado al banalizar sus padecimientos.

El siguiente estudio se propuso como meta comparar el deterioro cognitivo, la depresión y ansiedad ante la muerte en esta población según el sexo e institución en la que se encuentran internados (pública y privada), permitiendo una mayor visión del adulto mayor, lo que llevará a plantear intervenciones a futuro, tomando en cuenta los resultados de esta investigación para poder brindar al anciano institucionalizado una mayor calidad de vida y poder disminuir de manera exitosa estos padecimientos.

La presente investigación se encuentra estructurada en dos partes. La primera se compone de los elementos teóricos que sustentan la investigación, los cuales se estructuran de la siguiente manera: en el primer capítulo se tiene lo que se refiere al marco teórico, en donde se exponen todos aquellos contenidos que dan vida a la investigación como lo son, por ejemplo, el significado de adulto mayor, de depresión, ansiedad ante la muerte, deterioro cognitivo y la institucionalización del adulto mayor.

En el segundo capítulo se planteó el problema de investigación, su importancia y justificación de la misma, tomando como base las referencias teóricas expuestas en el primer capítulo. Por otro lado, el tercer capítulo expone los objetivos que se llevaron a cabo en la investigación.

En el cuarto capítulo son explicados los parámetros metodológicos utilizados para la aplicación de las diversas pruebas, seguidamente, el tipo de análisis de los diversos resultados obtenidos. Cabe destacar que este constituyó uno de los capítulos más extenso debido a la metodología empleada.

Ahora bien, la segunda parte de la presente investigación se concentró en lo que se refiere a los resultados obtenidos, tanto cuantitativos como cualitativos, los cuales se encuentran explicados en el quinto capítulo. Por último, el sexto capítulo se enfocó en la discusión de los resultados obtenidos, mientras que los capítulos siete y ocho se basaron en las conclusiones finales, limitaciones presentadas a lo largo de este estudio y recomendaciones.

I. MARCO TEÓRICO

I. Ciclo vital:

Es un concepto dinámico que permite una aproximación a una realidad cambiante que no se determina exclusivamente por los años de vida o por una serie de características biológicas y/o psicológicas, sino que también dependen del contexto económico, cultural y social. (Merino y de la Fuente, 2007).

II. Etapas del ciclo vital:

Erikson (1985) propuso un concepto de ciclo vital en el que se suceden ocho etapas o encrucijadas. De estas ocho etapas, las cuatro primeras corresponden a las ya propuestas por Sigmund Freud, aunque reformándolas para darle más peso al desarrollo del yo y a las influencias sociales, mientras que las últimas hacen referencia a la adolescencia y adultez son desarrolladas por él mismo.

Oyarzún (s/f) definió las etapas de la siguiente forma:

- *Etapas incorporativa (fase oral):* Va desde el nacimiento hasta el primer año de edad. Si la madre y la familia proporcionan un cuidado continuo, consistente y adecuado a las necesidades del niño, se genera en él una sensación de confianza que se traducirá en un sentido de esperanza y optimismo frente a la vida. Por el contrario, si el cuidado temprano es variable, impredecible y caótico, se generará una sensación de desconfianza en el niño.
- *Etapas niñez temprana (fase muscular anal):* Va desde el primer año de vida hasta los tres. Aquí se fija la noción de autonomía del niño. A medida que el niño es capaz de controlar esfínteres, usar músculos para moverse, vocalizar, desarrollará una sensación de ser autónomo y aparte de sus padres. Si hay sensación de mucho control, de ser avergonzado ante los primeros fracasos, pueden surgir sentimientos de vergüenza, duda, inseguridad. Lo resultante de un desenlace positivo de esta etapa, es la sensación de tener voluntad propia.

- *Etapa locomotora genital (preescolar):* Va desde los tres años a los seis años de vida. El niño se percata más agudamente de su medio externo. Toma la iniciativa para establecer relaciones más cercanas con el progenitor del sexo opuesto. En esta etapa hay una mayor preocupación por los genitales, los padres del sexo opuesto, y en general una mayor noción de las diferencias entre los sexos. La identificación con el padre del mismo sexo es crucial en esta etapa.
- *Etapa de latencia (escolar):* Va desde los seis años a los doce años de edad. El niño muestra su capacidad de desenvolverse industriosamente en la interacción educacional. También desarrolla la capacidad de interactuar socialmente, por primera vez, fuera de la familia. En la medida de que la interacción educacional y social se desarrolla efectivamente, se logra un sentido de ser competente; en la medida de que esto no se da, aparece un sentido de inferioridad. Muchos problemas de rendimiento escolar, fobias y aislamiento social tempranos, son característicos de esta etapa. El nombre “latencia” de esta etapa se refiere a la suspensión de búsqueda de vínculos heterosexuales, que se evidencian en la segregación por sexos, frecuente a esta edad.
- *Etapa de adolescencia:* Se extiende desde los doce años hasta los veinte. Como tarea central del desarrollo adolescente está el concepto de consolidación de la identidad. Los cambios físicos y psicológicos de la pubertad hacen entrar en un periodo de aumento de conflicto psicológico interno, cuya consecuencia será un sentido de continuidad y estabilidad de uno mismo a lo largo del tiempo. Cuando esto no se alcanza, Erikson habla del síndrome de difusión de la identidad. El fijar los propios gustos, intereses, valores y principios es el modo de crecer.
- *Etapa adulto joven:* Va desde los veinte años hasta los cuarenta. El adulto entra a formar parte de la sociedad al desempeñar un trabajo y relacionarse establemente con la pareja, muchas veces formando una familia. El poder compartir una familia en el desarrollo de la capacidad íntima, es la tarea central de esta etapa. La misma requiere de solidaridad y de identidad compartida en pareja. Lo contrario produce aislamiento personal.
- *Etapa adulto medio o maduro:* Va desde los cuarenta a los sesenta años. Lo crucial de esta etapa es la capacidad de cuidar y facilitar el desarrollo de las generaciones más jóvenes. Los adultos de esta edad participan en esta tarea siendo padres, profesores,

guías. El adulto que no puede ser generativo, siente una sensación de estancamiento, y vive en forma egocéntrica y sin propulsión hacia futuro.

- *Etapas adulto tardío (adulto mayor):* Desde los sesenta años en adelante. A medida que el adulto completa el ciclo de haber vivido, y asegurar que viva la generación siguiente, se llega al tema final del ciclo de vida: la integridad reposa en la aceptación de la sucesión de las generaciones de la finitud de la vida natural. Esta fase final implica el desarrollo de una sabiduría y de una filosofía de la vida.

III. Adulto mayor:

Se denomina adulto mayor o “anciano” a todas aquellas personas de edad superior a los 65 años, y que coincide con la vejez. En la antigua Roma, se los llamaban “senes” e integraban (una parte de ellos) el Senado, con grandes poderes y relevancia social, siendo considerados sabios. De allí deriva la palabra senectud o senil, referentes a esta edad (Giménez, 2011).

Una gran diversidad de autores a nivel mundial han estipulado la existencia de una serie de “etapas de envejecimiento”, en las cuales consideran como “Adulthood tardía” aquella etapa que se inicia a los 60 años de edad, mientras que la “Vejez” propiamente dicha inicia a los 70 años de edad (Kolb, 2002).

Craig (1997, c.p, Aragón, 2002) hace referencia a cuatro clasificaciones de adultos mayores:

- *Adulto mayor joven (60 a 69 años):* en este periodo las personas deben adaptarse una nueva estructura de funciones con el fin de manejar de manera adecuada las pérdidas y ganancias que se producen con la vejez. Deben enfrentarse a una disminución de sus ingresos económicos, debido a la jubilación o al hecho de trabajar menos horas; además, las amistades son cada vez menos. Socialmente, se reducen las expectativas sobre ellos y se empieza a exigir una disminución de la energía, la independencia y la creatividad.
- *Adulto mayor de mediana edad (70 a 79 años):* en este decenio las personas empiezan a sufrir muchas pérdidas y problemas de salud, siendo estos últimos cada vez más molestos al afectar más ámbitos de su vida. Además se enfrentan a una participación cada vez más reducida en organizaciones formales.

- *Adulto mayor viejo (80 a 89 años)*: en esta etapa una de las principales dificultades es la interacción y adaptación del adulto mayor con el medio que lo rodea; debido a esto, requieren ayuda para mantener contacto con la comunidad y establecer relaciones sociales. Debe tenerse en cuenta que durante esta fase, las personas necesitan contar con un entorno especial y libre de obstáculos, en donde haya tanto estímulos como privacidad.
- *Adulto mayor muy viejo (90 a 99 años)*: la información con la que se cuenta sobre esta población es muy reducida, no obstante se sabe que a pesar de los problemas de salud que se agravan cada vez más, éstas personas logran modificar sus actividades con el fin de adaptarse a sus condiciones.

Al analizar esta etapa, Freud (s.f, c.p. Serna de Pedro, 2003) expresa que el incremento del control del yo y del ello, con la edad, genera un aumento de la autonomía, pero la regresión puede ocasionar la reaparición de modos de funcionamiento primitivo.

Muchos autores han establecido que los 60 años de edad es el momento en que “teóricamente” se da inicio a la adultez mayor, y al igual que todos ellos, la Ley de Servicios Sociales de Venezuela, en su artículo 7, define al adulto mayor como toda persona natural con edad igual o mayor a sesenta años.

IV. Envejecimiento

El envejecimiento normal es un proceso asociado con una alteración progresiva de las respuestas homeostáticas adaptativas del organismo, que provocan cambios en la estructura y función de los diferentes sistemas y además aumenta la vulnerabilidad del individuo al estrés ambiental y a la enfermedad. Es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación (Álvarez, Montesino y Rodríguez, 2011).

Cada individuo envejece de manera distinta y en este proceso intervienen diversos factores de carácter: hereditarios, de sexo, estilo de vida y relaciones afectivas, por tanto, el envejecimiento es una especie de reacción en cadena en la que un cambio adverso provoca otro. El envejecimiento es una expresión del estilo de vida, de la actitud frente al mundo y frente a los demás (Ortiz, 2005).

La diferenciación entre un envejecimiento normal y uno patológico se encuentra en que el primero constituye la vejez saludable, carente de enfermedad y donde se sigue llevando la vida con total normalidad, el anciano mantiene su independencia y mantiene su participación activa en los roles familiares y sociales (Moragas, 1991).

Según Gil (2006), en el proceso del envejecimiento, las personas centran su atención en la muerte y hace que éstas reconsideren las actitudes que tienen hacia ella, pudiendo aumentar su ansiedad y aparecer la depresión. También disminuyen las funciones cognitivas como el lenguaje, la memoria y la inteligencia.

V. Envejecimiento en Venezuela

En Venezuela se vienen observando cambios demográficos importantes que se reflejan en el incremento de la población mayor de 60 años en términos absolutos. Arellano (2010) indica que según la Oficina de Estadística e Informática (OCEI), en el año 2000 las personas mayores de 60 años correspondían al 6,6% de la población total, en el 2005 conformaba el 7,34%, con una proyección para el 2025 del 11% de la población total; de tal manera que el país está experimentando un envejecimiento de su población.

González (2012) señala que para el Censo 2011 realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el 5,8% de la población lo constituyen los adultos mayores, lo que se traduce en alrededor de un millón setecientas mil personas. Éstas se concentran en los estados Anzoátegui, Sucre y las regiones andinas y llanera. Dentro de esta región se cuentan a las mujeres mayores de cincuenta y cinco (55) años y a los hombres mayores de sesenta (60) años.

Orta (2012), afirma que ha aumentado la expectativa de vida del venezolano de 76 años en la mujer y 72 para el hombre. También ha aumentado la cantidad de venezolanos mayores de 85 años, lo que se conoce como “envejecimiento de la vejez”. Orta señala que “no existe una clara definición de política poblacional que atienda estos cambios demográficos presentes en Venezuela”.

Por su parte, Villasmil (2012), agregó que el envejecimiento de la población venezolana debe abordarse con cada una de las situaciones que conlleva la vejez, y en ese sentido, atender los

cambios en la expectativa de vida del venezolano. Insistió en la importancia de contar con conocimientos más amplios en relación con las consecuencias que esto produce.

“No se trata solo de tomar en cuenta el aumento en la cantidad de años que se viva, sino que en consecuencia se deben atender el incremento de las enfermedades, como cáncer, demencia senil, Alzheimer, etc. Se puede aumentar la calidad de vida, una vez que las personas alcancen las edades del envejecimiento. “El problema radica en cómo el Estado ubica esta población dentro de la sociedad, toda vez que la expectativa de vida ahora es más alta”.

Para ello, recomendó cambiar el sistema de salud pública, tomando en cuenta todas las áreas de atención médica, incluyendo la atención a las familias venezolanas.

VI. Deterioro Cognitivo en el adulto mayor institucionalizado

El deterioro cognitivo se define como el declive de las funciones cognitivas, ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores. El deterioro que no afecta la realización de las tareas habituales del día a día es considerado como leve (DCL), mientras que el deterioro cognitivo mayor (DCM) se caracteriza por la alteración progresiva de la función cognitiva que incapacita a la persona a la realización de alguna de estas llamadas actividades de la vida diaria (López y López, 2007).

Cerquera (2008), asegura que gran parte de los ancianos que sufren un deterioro cognitivo no padecen demencia sino una alteración cognitiva más o menos leve, que es más prevalente en los adultos mayores muy viejos (mayores de 75-80 años)

Para Rojas (2006), existe un síndrome específico de institucionalización que va de la mano con la disminución de la capacidad cognitiva, apatía y disminución de autonomía. Este hecho podría justificar el aumento de incidencia del deterioro cognitivo en la población institucionalizada recientemente, aun con situación cognitiva normal al ingreso. Es decir, que las condiciones de la residencia en la que se ingresen a los adultos mayores va a influir en el aceleramiento de su deterioro cognitivo y a su vez, en alteraciones del estado de ánimo.

Para Hitzig (1993) las recurrentes conductas de silencio, inactividad manifiesta y aislamiento, la apatía generalizada y el desinterés en las actividades recreativas adquieren un status de normalidad no cuestionado mientras que no se contradiga la planificación de la institución y afirma que no se sabe cuánto del deterioro cognitivo de un adulto mayor es producto simplemente del silenciamiento de su entorno, más que de su enfermedad intrínseca.

Por último, Custodio (2012), menciona dentro de su investigación la importancia de un diagnóstico adecuado, debido a que el deterioro cognitivo es considerado predictor de la enfermedad de Alzheimer.

VII. Diferencias en cuanto al sexo en el deterioro cognitivo del adulto mayor

Ferrer (2006) realizó una investigación con el propósito de evaluar la capacidad funcional y cognitiva de los habitantes mayores de 89 años de una población urbana y comprobar si existen diferencias según el sexo. Luego de un estudio poblacional, longitudinal y observacional, utilizando datos sociodemográficos, actividades básicas mediante el índice de Barthel, actividades instrumentales mediante el índice de Lawton, capacidad cognitiva con un pequeño examen cognoscitivo de Lobo (MEC) y comorbilidad, encontró que no existen diferencias significativas por sexo. Además, concluyó que a pesar de la avanzada edad, la mayoría de los adultos mayores tienen un leve nivel funcional cognitivo, con baja comorbilidad.

En un estudio realizado por Álvarez (2008), el mayor porcentaje de sujetos con signos de deterioro cognitivo corresponde al grupo de mujeres.

Por otro lado, un estudio realizado por Rodríguez, Morales, Gómez y Vallejo (2013) donde se evaluaron 688 hombres y mujeres mayores de 65 años, encontraron que las mujeres con deterioro cognitivo leve (una condición precursora de diagnóstico Alzheimer) experimentaron mayores tasas de deterioro cognitivo que los hombres. Además, aseguraron que todas las mujeres, independientemente de si mostraron o no signos de demencia, experimentaron un mayor deterioro cognitivo que los hombres durante el estudio. Además, los autores sugieren que el deterioro cognitivo en las mujeres podría ser causado por factores distintos de la enfermedad de Alzheimer, o que en las mujeres, la patología es más tóxica y señalan que las tasas de diabetes

o de resistencia a la insulina y la historia hormonal desde la menopausia también podrían explicar las diferencias.

VIII. Muerte

Según Raja (2001), la muerte se refiere a la cesación de la vida, pero también es concebida contra la propia supervivencia del ser humano, debido a que es la situación que provoca más miedo y ansiedad. Puesto que es una situación inevitable, el ser humano hace uso de diversas conductas, con el fin de reconceptualizar la muerte o de aceptarla, viendo en ella el fin de una vida dolorosa.

La muerte se muestra suficientemente compleja, ambigua y desconocida como para conceptualizarla. Blanco (2011), expresa que partiendo de que no hay una respuesta rigurosamente ajustada y comúnmente aceptada a una definición de muerte e independientemente de los planteamientos personales que ante la misma se puede adoptar, la acepción más comúnmente aceptada es que la “muerte es la cesación o el término de la vida” (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 2001).

Las dificultades de encontrar un criterio objetivo o una definición objetiva de muerte se multiplican cuando intentamos abordar el concepto subjetivo y vivenciado de muerte. Desde esta perspectiva, la definición de muerte como “terminación o cese de la vida” resulta insuficiente para abarcar en toda su complejidad lo que para cada ser humano, independientemente del momento evolutivo en que se encuentre, significa el hecho de morir. Se acepta a nivel consciente y racional como un hecho natural pero se vivencia en lo personal como un accidente, arbitrario e injusto, para el que nunca estamos preparados; ni siquiera en el caso donde se espera que se sea consciente de su mayor proximidad y posibilidad de ocurrencia. La muerte es concebida como algo aleatorio, indeterminable ya que no sabemos el cuándo, el cómo, ni el por qué.

Al reflexionar sobre las actitudes concretas e individuales que cada persona adopta ante la muerte, existen algunos de los aspectos que las determinan:

En primer lugar, la imposibilidad de hablar de una actitud objetiva ante la muerte, ya que, como señalaba Freud (1918), la muerte propia es inimaginable y, por ello, en lo inconsciente, todos estamos “convencidos” de nuestra inmortalidad.

En segundo lugar, las circunstancias personales y el contexto situacional en los que el sujeto se encuentra ejercen influencia sobre su particular actitud ante la muerte, donde se destacan dos por su importancia: según el sujeto se plantee la muerte propia o la de otra persona (y aún en este caso variará si se trata de una persona querida o no) y según el sujeto se encuentre en una situación en la que se enfrenta directamente con la muerte (cuando hay un peligro inminente) o en una situación en la que se piensa acerca de la posibilidad de la muerte en general y remotamente.

En tercer lugar, los planteamientos y expectativas que cada uno mantenga con respecto a la muerte y que van a determinar sus actitudes ante la misma.

“Cuando volvemos la vista atrás y estudiamos las culturas de los pueblos antiguos, constatamos que la muerte siempre ha sido desagradable para el hombre y probablemente siempre lo será. Desde el punto de vista de un psiquiatra, esto es muy comprensible, y quizás pueda explicarse aún mejor por el conocimiento básico de que, en nuestro inconsciente, la muerte nunca es posible con respecto a nosotros mismos. Para nuestro inconsciente, es inconcebible imaginar un verdadero final de nuestra vida aquí en la tierra, y si esta vida nuestra tiene que acabar, el final siempre se atribuye a una intervención del mal que viene de fuera. En términos más simples, en nuestro inconsciente sólo podemos ser matados; nos es inconcebible morir por una causa natural o por la vejez. Por lo tanto, la muerte de por sí va asociada a un acto de maldad, es un acontecimiento aterrador, algo que exige pena y castigo” (Kubler Ross, 1993).

IX. Ansiedad

La palabra ansiedad proviene del latín “anxietas” derivado de “angere” que significa “estrechar”. Se refiere a un malestar físico muy intenso, el cual se presenta como respuesta a estímulos que el sujeto percibe como potencialmente peligrosos. Las respuestas de ansiedad son un mecanismo de defensa y alerta frente estímulos que resultan perturbadores para la persona (Sanz, 1994).

La ansiedad, como otros instintos básicos, se pone en marcha ante los peligros inmediatos y tiene el carácter de respuesta adaptativa imprescindible para salvaguardar la integridad del individuo y para asegurar su sobrevivencia.

Esta es comprendida como un estado emocional con tonalidad negativa que se compone por tres elementos: percepción de peligro inminente, actitud de espera ante ese peligro y sentimiento de desorganización, junto con la consciencia de una total indefensión ante el peligro (López, Sueiro y López, 2004).

Así mismo, consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo simpático (sudoración, temblor, aceleración de la frecuencia cardíaca y respiratoria) que se caracteriza por ser de naturaleza anticipatoria; es decir, posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo (López, Sueiro y López, 2004).

Según Pérez (s/f) la ansiedad posee tres componentes:

- ✓ Neurovegetativo: hace referencia al conjunto de manifestaciones físicas entre las cuales se destacan las siguientes: molestias cardíacas, síntomas genitourinarios, cefalea, problemas gastrointestinales, mareos, inestabilidad, dificultades respiratorias, debilidad, parestesias, entre otros.
- ✓ Motor: se caracteriza por la presencia de tensión muscular, incapacidad para permanecer quieto, temblor en las manos y expresión facial particular (debido al aumento del parpadeo y de la presión ejercida por los labios).
- ✓ Cognitivo: está asociado a las preocupaciones, vicisitudes y temores a los que da primacía la persona que presenta ansiedad, lo que provoca problemas en la interacción social, la organización y ejecución de actividades, así como la recolección y almacenamiento adecuado de estímulos.

Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970, citado en Seisdedos, 2008) definen dos tipos de ansiedades: ansiedad de estado, la cual definen como “un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos,

conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico” (p.7)

Seguidamente, los autores definen lo que denominan ansiedad de rasgo, la cual alude a la dimensión de la personalidad (característica disposicionales relativamente estables) del individuo que tiende a percibir muchos tipos de situaciones como amenazantes, lo cual provoca un aumento en el nivel de ansiedad de estado.

X. Ansiedad ante la muerte en el adulto mayor.

Para Templer (1988), la ansiedad ante la muerte es un estado emocional disfórico producido por la contemplación de la propia muerte, la cual se considera que es un elemento al que es difícil darle sentido. Por esto existe dificultad para concebir la propia muerte, la cual se acompaña de un nivel alto de ansiedad.

Según Ibarzábal (2003), los estudios sobre el desarrollo de los conceptos de vida y muerte en la infancia dan pie a pensar que los orígenes de dicha ansiedad se encuentran en la primera infancia, bajo la forma de ansiedad de separación. Este concepto se va transformando a lo largo del tiempo, de modo que la ansiedad ante la muerte parece estar con nosotros al llegar la edad adulta y en los años posteriores, llevando consigo actitudes sobre la mortalidad que quizás no son muy diferentes de las que teníamos en la pre-adolescencia.

Se teme a la muerte por diferentes razones: la pérdida del sí mismo, lo desconocido más allá de la muerte, el dolor y el sufrimiento, la pérdida de oportunidad para la expiación y salvación, y el bienestar de los miembros supervivientes, siendo todas éstas fuentes de miedo a la muerte.

Según Pollock (1982), los ancianos no temen a su muerte concreta, ya que la muerte también podría significar su libertad del dolor y de la angustia. No es el hecho en sí de la muerte el que se teme, sino su significado metafórico que se vive en función de diferentes funcionamientos psíquicos. Lo que más les preocupa a los ancianos es el miedo y el dolor al sufrimiento, la indefensión y la desesperanza, el aislamiento y la soledad, el deterioro mental y físico, la pérdida de competencia y de adecuación y la dependencia de quien puede abandonarles.

Como ya se mencionó, la idea de la muerte provoca, entre otras reacciones, ansiedad, pues el pensar en ésta hace que la persona se movilice con el fin de preservar su vida. Cuando las personas toman conciencia de la muerte, se produce un estado de aprensión, lo cual se conoce como ansiedad ante la muerte (Blanco, 2011).

“Creemos, como Freud, que no podemos tener una representación inconsciente de nuestra propia muerte porque ella está fuera de nuestra vida. Las representaciones que sí podemos tener, conscientes y preconscientes, provienen de la experiencia ajena, en el sentido de la muerte de los otros. Es decir, que siempre son los otros los que se mueren. A través de las idealizaciones religiosas respecto a la muerte, y los relatos de quienes presumen de "haber vuelto", se puede reconocer la reiteración de representaciones de nacimiento y fantasías desiderativas y de carácter reivindicativo. De ahí la necesidad de procesar el duelo por la pérdida de la vida (que sería lo que en realidad se teme) y, agregaríamos, la envidia hacia los que se quedan, los que van a disfrutar de algo que uno dejará. En el análisis de pacientes viejos y terminales, parece impropio hablar de "calidad de muerte", cuando en realidad se trata de la "calidad de vida" que se puede tener hasta el final” (Korovsky, 1998).

La ansiedad ante la muerte es definida como una función de la discrepancia que experimentan las personas entre sí mismo y sus ideales y la incapacidad para anticipar la realidad de la muerte presente en la estructura de su vida actual (Benton, Christopher y Walter, 2007; Raedt y Van Der Speeten, 2008; Moreno, De la Fuente, Rico y Lozano, 2009). Estos autores señalan que existen dos componentes de la ansiedad ante la muerte:

- **Ansiedad ante la muerte existencial:** es la que se presenta cuando se piensa en qué pasará después de la muerte.
- **Ansiedad ante la muerte real:** es la que resulta de pensar en qué pasará con el cuerpo mientras uno se muere y después de muerto.

Para Lehto y Stein (2009), las situaciones que actúan como disparadores de la ansiedad ante la muerte son los ambientes estresantes, diagnóstico de enfermedades terminales y experiencias con la muerte. Además, estos autores señalan cinco componentes que están presentes en la ansiedad ante la muerte:

- **Emocional:** la ansiedad ante la muerte se relaciona con el núcleo del miedo que surge de la destrucción de la propia existencia y tiene su origen en las estructuras más antiguas del sistema límbico fundamental, entre las que destacan la amígdala y el hipocampo, las cuales se activan por acción del estímulo que representa la muerte.
- **Cognitivo:** en este componente se encuentran las actitudes, la habilidad conceptual para predecir y anticipar el futuro, y la conciencia de lo sobresaliente de la muerte. Las cogniciones incluyen las creencias sobre la muerte, las creencias e imágenes sobre la experiencia de la muerte y sobre uno mismo como muerto o ya sin existencia. Por otro lado, las dimensiones cognitivas incluyen creencias o ideas sobre el proceso de la muerte, pensamientos sobre el estar muerto o el ser destruido, imágenes sobre personas significativas, pensamientos sobre lo desconocido, ideas sobre el cuerpo después de la muerte, y el pensamiento de una muerte prematura entre diferentes individuos.
- **Experiencial:** la ansiedad ante la muerte puede ser altamente negada o reprimida, siendo esto adaptativo por el hecho de que reduce la posibilidad de que el miedo o el terror sean paralizantes, lo cual impide la supervivencia. De manera experiencial, la ansiedad ante la muerte no es típicamente una parte de la experiencia consciente. Los procesos de autorregulación permiten que las personas se defiendan ante el peligro de la muerte y ante la experiencia de la ansiedad ante ésta.
- **Desarrollista:** las maneras en las cuales se expresa la ansiedad ante la muerte varían de acuerdo con la etapa del desarrollo en la que se encuentre la persona, siendo ésta más alta en estudiantes que se encuentran en un periodo de moratoria y más reducida en personas adultas mayores, debido a que la ansiedad ante la muerte está negativamente correlacionada con las percepciones de satisfacción, significado y propósito en la vida.
- **Conformación sociocultural:** la protección cultural se ve manifestada simbólicamente en el conjunto de significados y creencias, socialmente aprendidos y compartidos, muchos de los cuales tienen su origen en dogmas religiosos.
- **Fuentes de motivación:** la ansiedad ante la muerte es una gran fuente de motivación, la cual emerge como una expresión de la tensión existente entre las condiciones actuales como seres restringidos temporalmente y las aspiraciones humanas de ser ilimitados e inmortales.

Según como lo describe Kubler Ross (1993), la muerte todavía es un acontecimiento terrible y aterrador, y el miedo a la muerte es un miedo universal, aunque creamos que lo hemos dominado en muchos niveles, lo que ha cambiado es nuestra forma de hacer frente a la muerte y al hecho de morir.

Existen muchas razones por las cuales no se afronta la muerte con tranquilidad, uno de los aspectos más importantes es que, hoy en día, morir es más horrible en muchos sentidos, es decir, es algo solitario, mecánico y deshumanizado (Kubler Ross, 1993).

XI. Depresión

Según la OMS (2015), la depresión es un trastorno mental frecuente, que 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 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 medicamentos, siempre en conjunto con psicoterapia profesional.

Por lo general, la depresión se presenta en la clínica como un estado y no necesariamente como una queja, un síntoma, una inhibición o una angustia. Es por esta circunstancia que la depresión desordena la clínica psicoanalítica, puesto que no se presenta como uno de los tres motivos de consulta descritos por Freud (1925), a saber, como una inhibición, un síntoma o bajo la forma de angustia (Echeverría, 2004).

El término "depresión" se refiere asimismo a esa mezcla hecha de tristeza intensa, de culpa invasora, de angustia mayor que la habitual y de riesgo de pasaje al acto suicida. Como padecimiento psíquico, la depresión apunta a un abandono del sujeto, de lo que antes lo sostenía en la vida en relación a lo que él acostumbraba hacer, ser o soportar frente a los otros (Echeverría, 2004).

XII. Depresión en el adulto mayor.

La depresión es una enfermedad frecuente en los adultos mayores. La prevalencia total del trastorno depresivo mayor en la población geriátrica, oscila entre 1,2% y 9,4%. Si se incluyen también los individuos con síntomas depresivos que no satisfacen criterios para depresión mayor la prevalencia aumenta a cifras que llegan hasta el 49%. La prevalencia de depresión en ancianos varía según el escenario donde se estudie. Los ancianos institucionalizados presentan una prevalencia de hasta el 42%, cifra mayor a la observada en los ancianos que habitan en la comunidad (Peña, Herazo y Calvo, 2009).

La depresión en personas mayores de 65 años tiene una alta prevalencia y produce un impacto negativo en la calidad de vida. Dentro de los factores de riesgo se destacan: duelo, trastornos del sueño, discapacidad, episodio depresivo previo, sexo femenino, demencia y condiciones médicas crónicas. Los ancianos deprimidos muestran menos ánimo triste, más ansiedad y más quejas somáticas que los jóvenes con la misma patología. El pronóstico es en general pobre, pues este trastorno en los ancianos presenta mayor tasa de recaídas y mayor mortalidad general que en las personas de otras edades. La selección del tratamiento farmacológico requiere la individualización del paciente, la consideración de sus condiciones médicas asociadas y una cuidadosa evaluación del perfil de efectos adversos e interacciones medicamentosas (Peña, Herazo y Calvo, 2009).

La depresión puede variar desde un ligero abatimiento hasta el estupor; en su forma más ligera, el anciano infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales. En la depresión un poco más profunda hay una constante tensión desagradable; cada experiencia se acompaña de pena, y el enfermo puede estar temeroso, preocupado, angustiado, agitado o perplejo y padecer un sufrimiento físico o emocional (Martínez, 2003). Las dolencias corporales, tales como cefalea, tensión cefálica, fatiga, falta de apetito, constipación y otras, son muy comunes, así como insomnio, ideas de culpa y autoacusación, y aparece la idea del suicidio (American Psychiatric Association, 1995).

Señala González (2002): “La mayoría de los adultos mayores conservan casi intactas sus facultades mentales; sólo muy pocos muestran deterioro en su función cognoscitiva. Sin embargo, es un hecho que las enfermedades demenciales son más frecuentes conforme aumenta

la expectativa de vida” (p. 37). Por otra parte, un episodio depresivo en un paciente de edad avanzada puede ser difícil de diferenciar de la demencia, pues ambos pueden cursar con apatía, dificultad de concentración y alteraciones de memoria (Fernández y Muñoz, 2001).

Se conoce que dentro de este proceso de institucionalización surgen algunas características negativas de las instituciones como son el cambio de contexto para el adulto mayor, dejando de obtener reconocimiento por parte de los vecinos, familiares y amigos; el sentimiento de carga e inutilidad; el desarraigo, generando expectativas básicas que no son colmadas; el aislamiento con el medio, el maltrato, entre otras (Cerquera, 2008; Minor & Kaemppffmam, 2006).

Asimismo, se ha reportado que en los adultos mayores que viven en residencias, las condiciones de vida y la falta de contacto social se han asociado con síntomas depresivos (Santos et al., 2010). Además, los estudios de Pérez y Arcia (2008) han reportado asociación entre viudez con una mayor probabilidad de síntomas depresivos, al igual que el estado de salud física, el desarrollo de actividades de la vida diaria y la autonomía de los adultos mayores.

Los trastornos depresivos en la vejez institucionalizada son descritos como problemas de salud frecuente. Desde el punto de vista de De los Reyes (2007), la ausencia de este diagnóstico puede indicar la naturalización de la depresión entre los residentes, así como la funcionalidad de sus síntomas a los intereses de los que se benefician con algunas instituciones. Los residentes con autonomía mental que padecen depresión no presentan problemas de atención, en tanto disminuye su capacidad de demanda de cuidados adecuados, así como la capacidad de evaluar en general la calidad asistencial.

La ausencia de diagnósticos de depresión a adultos mayores institucionalizados es explicable en parte por la ausencia de profesionales de la psicología y la psiquiatría (De los Reyes, 2007).

XIII. Diferenciación en cuanto al sexo en la ansiedad ante la muerte y la depresión en el adulto mayor

Thorson y Powell (1988) señalan que las mujeres tienden a expresar más abiertamente su ansiedad que los hombres; si bien hay autores como Dattell y Neimeyer (1990) que sostienen que las diferencias según el sexo existen independientemente de las posibles diferencias en expresión emocional.

Por otra parte, en un estudio realizado por López, Sueiro y López (2004) se encontró que existen diferencias significativas en función del sexo, siendo las mujeres quienes manifiestan un mayor grado de ansiedad ante la muerte que los hombres.

También, en un estudio comparativo de ansiedad ante la muerte en una muestra de ancianos y jóvenes realizado en España, se concluyó que al contrario de lo que desprende en otras investigaciones, la ansiedad ante la muerte es mayor en los ancianos. Además, al comparar hombres y mujeres ancianos institucionalizados, se observó que el nivel de ansiedad ante la muerte es mucho mayor en hombres que en mujeres, lo cual explican que pudo deberse a la percepción subjetiva de los hombres de tener una mayor desasistencia social por pérdida del contexto familiar o por un sesgo en el estudio, ya que la mayor parte de la muestra utilizada eran del sexo masculino (Martínez, Alonso y Calvo, 2001).

En este mismo estudio se mostró que la ansiedad ante la muerte es mayor cuando aparece depresión y/o ansiedad de manera concomitantes, lo que coincide con la mayoría de las investigaciones revisadas (Martínez, Alonso, y Calvo, 2001).

En España, Ibarzábal (2003) llevó a cabo una investigación sobre personas mayores institucionalizadas versus no institucionalizadas donde se tomaron en cuenta los aspectos diferenciales en ansiedad ante la muerte, depresión y satisfacción con la vida. Los resultados arrojaron que la depresión se convierte en una alteración psicopatológica con una importancia relevante en los adultos mayores de más de 60 años, especialmente en aquellos que se encuentran internados en residencias y que tienen mayor edad. Se señalaron factores protectores de la depresión como lo son el tener amigos íntimos y estar casado, así como el haber progresado a través de los diversos niveles académicos. Parece indicarse que existe una tendencia de crecimiento de la ansiedad ante la muerte cuando hay menor satisfacción con la vida.

Las investigaciones mencionadas anteriormente muestran cómo en la etapa de la vejez se puede incrementar la ansiedad ante la muerte y puede aparecer la depresión, todo esto a causa de distintos factores y con diferencias en cuanto al sexo. Estas variables están asociadas al miedo, al temor y el dolor al sufrimiento, la indefensión y la desesperanza, el aislamiento y la soledad, el deterioro mental y físico, la pérdida de competencia y de adecuación, y la dependencia de quien puede abandonarlos. Debido a que no se tienen resultados concluyentes en cuanto al sexo en las

investigaciones, Martínez, Alonso y Calvo (2001), proponen utilizar una muestra más representativa para obtener resultados más concluyentes.

Sábado y Gómez (2003) recomiendan ahondar más en las manifestaciones emocionales en personas que han de afrontar su propia muerte, de manera que pueda ayudárseles, dándoles un mejor entendimiento, atención y cuidado.

Por otro lado, en un estudio realizado por Bergdahl, Allard y Gustafson (2007), se halló que la depresión durante la vejez es más frecuente entre las mujeres y se asocia con subdiagnósticos y tratamiento inadecuado. La falta de independencia y el sentimiento de soledad son factores de riesgo para la aparición de esta enfermedad en ambos sexos. Entre los hombres, la depresión se relaciona estrechamente con factores sociales como la pérdida de un hijo. Entre las mujeres se observa una asociación entre la depresión y las enfermedades físicas y el deterioro cognitivo. La existencia de características diferentes entre los hombres y las mujeres con depresión indica la necesidad de adecuar el tratamiento a cada caso particular.

Las mujeres viven más tiempo en comparación con los hombres, esto aumenta la posibilidad de experimentar las consecuencias negativas de la vejez. Existen diferencias entre los hombres y las mujeres ancianos respecto de los síntomas y los factores de riesgo para depresión (Bergdahl y cols, 2007).

Las mujeres presentan con mayor frecuencia síntomas relacionados con el estado anímico y manifiestan sentimientos de soledad; en cambio, los síntomas que presentan los hombres se relacionan en mayor medida con la motivación y la agitación y los factores de riesgo más importantes son el deterioro de la salud, la viudez y otros factores sociales (Bergdahl y cols, 2007).

Entre los hombres se verificó una asociación entre la depresión y la falta de allegados con quien contar o conversar, la pérdida de un hijo, el antecedente de caídas, las dificultades visuales y la incontinencia. Respecto de las mujeres, esta enfermedad se asoció con las condiciones de vida; por ejemplo, se observó una relación entre la depresión, la hospitalización y la escasez de visitas (Bergdahl y cols, 2007).

Por último, debe considerarse que, durante la vejez, los aspectos psicosociales se relacionan significativamente con el incremento de ansiedad ante la muerte y depresión. El cuidado de los ancianos no debe limitarse a la salud física; por el contrario, resulta importante asegurar el mantenimiento y el apoyo por parte de una red de contención social.

XIV. La institucionalización del adulto mayor

El término de “institucionalización” es utilizado para hacer referencia al internamiento de una persona mayor de 60 años, o adulto mayor, bajo la jurisdicción o tutela de una institución (hospitales, hogares para ancianos, geriátricos, etc) (Hidalgo, 2001).

Los efectos del ingreso en una residencia geriátrica comienzan a dejarse sentir incluso antes de la admisión, desde que la materialización de la idea es percibida como una amenaza. Se describe incluso el “síndrome del primer mes”, en el que muchos residentes recién admitidos sufren un proceso confusional, mientras que otros se deprimen, muestran comportamientos extravagantes e incluso entran en una dinámica de progresivo deterioro; luego, algunos de estos residentes recuperan su nivel funcional previo a la admisión mientras que otros continúan experimentando dicho deterioro (Riquelme, 1997).

Los distintos estudios comparativos, realizados sobre ancianos que viven en la comunidad y usuarios de instituciones geriátricas (institucionalizados), coinciden en la presencia de mayores tasas de deterioro cognitivo, trastornos afectivos y manifestaciones depresivas en la población institucionalizada (Riquelme, 1997).

Gaviria (2003), plantea que el adulto mayor en un hábitat residencial colectivo, podría seguir cinco modelos básicos de comportamiento que han sido observados:

- a) Adaptación, en este aspecto podríamos decir que este comportamiento tiene relación a que el adulto mayor debe aceptar la dinámica que existe en la institución en la cual ha ingresado ya que al interior de estos establecimientos existen reglas que se deben cumplir, con el fin de mantener un orden; dicha adaptación es una situación difícil para el adulto mayor que recientemente ingresa a uno de estos establecimientos, ya que implica aceptar una serie de situaciones a las cuales no se estaba acostumbrado

anteriormente, que las reglas no son propias, sino impuestas por personas extrañas que no tienen relación alguna con el residente.

- b) El segundo comportamiento que los adultos mayores podrían presentar es aceptar pasivamente la dinámica relacional, ya que las distintas personas que residen en estos establecimientos de larga estadía tienen diferentes características, esto les obliga adecuarse a las de cada una de las personas que se encuentran viviendo en el mismo establecimiento ya que son un grupo que tienen una vida en común. No obstante, son un grupo heterogéneo, donde cada persona tiene su propia individualidad e historia, lo que puede hacer difícil la convivencia de algunos con su entorno.
- c) El resignarse en este caso, está dado porque los adultos mayores que residen en este tipo de establecimientos, no tienen la opción de otro tipo de vida, traducéndose su conducta en apatía e incluso depresión.
- d) Simular transformar y transformarse en una relación más proyectista, tiene que ver con pensar en que el convivir con personas que tengan semejanzas, con el transcurso del tiempo se pueden generar lazos beneficiosos para una buena convivencia durante el tiempo que permanezcan en el mismo entorno compartiendo las mismas situaciones de la vida cotidiana, la cual se vea proyectada en el tiempo.
- e) Evadirse o anularse, en este aspecto es donde prevalece el descontento por el lugar en el cual se vive, lo cual resulta ser una situación desconocida y poco grata que no quiere vivir. Esto lleva a que la persona se retraiga y no quiera socializar con el resto de las personas a su alrededor y que sin duda comparten algo en común, pero el hecho de verse enfrentado a un lugar desconocido y con personas extrañas hace que probablemente se produzca una evasión a la situación que se está viviendo y que no es deseada por ellos, ni es buena para su salud mental y física.

En base a lo explicado anteriormente, se puede apreciar que el envejecimiento de la población en Venezuela va aumentando cada vez más, generando así que un mayor número de ancianos se encuentren internados en diversos centros, tanto públicos como privados alrededor del país. Se observa que la vivencia que pueda llegar a tener el adulto mayor en torno al ingreso a dicha institución variará de acuerdo al sexo y las características individuales de cada uno, pudiendo generarse la pérdida de facultades e incluso, la depresión. Es por ello que se buscará

abordar la ancianidad, y cómo la misma es vivida por la persona que se encuentra institucionalizada, de una manera más humana y adecuada.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes de finales de siglo, el cual ha generado profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales en distintos países.

Estas transformaciones ya son experimentadas por el mundo desarrollado y si bien Latinoamérica tiene la ventaja de aprender de sus experiencias, algunas circunstancias nos diferencian de estos países, tanto en lo que atañe al proceso de envejecimiento como a la estructura social y económica que enfrentará las consecuencias de este proceso (Travieso, 2005)

Entre 2001 y 2015 la población venezolana ha ido aumentando considerablemente. De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadísticas, para el año 2013, en Venezuela se tenía un aproximado de una población femenina mayor de 55 años equivalente a 2.240.719 personas y una población masculina mayor de 60 años que llegaría a las 1.124.383 personas. Esto suma un total de 3.365.102 personas. (Benítez, s/f).

El envejecimiento es un fenómeno que experimenta toda la población global. Popolo (2001) indica que actualmente, en América Latina, existen 40 millones de adultos mayores, lo cual equivale a un 8% de la población total, esperándose que para el primer cuarto del siglo XXI, la cifra aumente a 96 millones, lo que equivaldría a un 14% de la población mundial.

Por otro lado, en un estudio realizado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de demografía – CELADE – (2003) se indica que:

“En todos los países de la región de América Latina y el Caribe, la proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más, se incrementarán sostenidamente en los próximos decenios. En términos absolutos, entre los años 2000 y 2025, 57 millones de personas mayores se sumarán a los 41 millones existentes y entre 2025 y 2050 ese incremento será de 86 millones. Se trata de una población que crece rápidamente (3,5%) y con un ímpetu mayor que el que muestra la población de edades más jóvenes. En efecto, la

velocidad de cambio de esta población será entre tres y cinco veces mayor que la población total en los períodos 2000-2025 y 2025-2050, respectivamente” (p. 3).

En Venezuela, con la situación social actual, los padeceres de esta población no son muy distintos. Travieso (2005) explica que la población adulta mayor venezolana ha tendido a aumentar, razón por la cual ha surgido la necesidad de crear políticas y programas tendientes a la atención de esta población vulnerable.

Actualmente, la situación económica y social del país ha generado un gran impacto en el desempeño de la dinámica familiar, por lo que estas se han visto en la necesidad de delegarle a instituciones geriátricas, públicas y privadas, la tarea de encargarse de los adultos mayores, responsabilidad que anteriormente era asumida enteramente por los parientes.

Cabe destacar que los adultos mayores concentran el grupo con más limitaciones funcionales que afectan su independencia en el diario vivir, por lo que las familias buscan ayuda de las instituciones geriátricas integrales y asistencia especial; además, se incrementa el número de individuos con trastornos mentales, cognitivos y del comportamiento, lo que hace más difícil su cuidado a largo plazo (Hirschfeld y Lindsey, 2002).

Estas entidades geriátricas se han encargado de llevar por un proceso de institucionalización al adulto mayor, en el cual una de sus principales finalidades está en resolver o sustentar el deteriorado estilo de vida a consecuencia de los escasos o nulos recursos económicos, falta de apoyo familiar, abandono, etc. (Estrada, Cardona, Segura, Ordóñez, Osorio, y Chavarriaga, 2012).

Por otro lado, el proceso de institucionalización genera una serie de características negativas en lo que respecta a la forma de actuar de estas personas que trae como consecuencia el aislamiento por parte de estos en torno al resto de la gente.

La funcionalidad del adulto mayor, puede verse afectada en tres áreas importantes: social, física y psíquica. Partiendo del ámbito que compete este trabajo de investigación, se profundizará en lo referente al área psíquica.

Fisher y Noll (1996) señalan que entre las personas mayores, la ansiedad es uno de los estados de ánimo más prevalente, indicando que es un problema significativo en la edad avanzada, a pesar de que son inferiores a los de otros grupos de edades.

Para Limonero (1997), la ansiedad ante la muerte se puede entender como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza a la propia existencia. La ansiedad podría aparecer ante la presencia de una enfermedad grave, la muerte de un ser querido, la noticia de un fallecimiento o factores situacionales.

Así mismo, Santos et al. (2010) indica que en los adultos mayores institucionalizados, dependiendo de las condiciones de vida y la falta de contacto social que tengan, se han asociado síntomas depresivos.

Distintas investigaciones respecto al deterioro cognitivo han demostrado que los adultos mayores con una alteración cognitiva asociada a un trastorno emocional tienen un riesgo superior de desarrollar demencia que otro grupo de ancianos deprimidos pero sin deterioro cognitivo.

En base a lo expuesto anteriormente, el problema a abordar es la comparación de la manifestación del deterioro cognitivo, la ansiedad ante la muerte y la depresión en adultos mayores institucionalizados, según el tipo de institucionalización (pública y privada) y el sexo, incluyendo la vivencia de estos adultos en torno a su condición de institucionalización.

2.1 Justificación

El fenómeno de la población venezolana resulta reciente, como Benítez (s/f) indica, el Instituto Nacional de Estadística para el 2013 registró que en Venezuela se tenía un aproximado de 3.365.102 personas que conforman esta población, de la cual 2.240.719 representaban a una población femenina mayor de 55 años, mientras que para la población masculina mayor de 60 años llegaría a las 1.124.383 personas. Considerando dicho incremento, el abordaje a este fenómeno, ha sido reducido.

El comparar el deterioro, la depresión y ansiedad ante la muerte en esta población en relación con el sexo y el tipo de institución, podría permitir una mayor visión del adulto mayor, lo que

llevaría a plantear intervenciones a futuro, tomando en cuenta los resultados de esta investigación para poder brindar al anciano institucionalizado una mayor calidad de vida y poder influir en éstas variables. Recientes investigaciones muestran su relevancia (Rojas y Rosales, 2013)

Esta investigación beneficia a toda la población adulta mayor, a sus familiares y cuidadores, quienes podrán conocer más a profundidad los aspectos relacionados con estas variables específicas que se presentan en mayor medida en la vejez.

Además, contribuye con la formación de todos los profesionales de la psicología, psicogerontología y especialistas en el área de la salud, ya que podrá constituir un trabajo a incorporar en líneas de investigación con estas problemáticas como norte.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General.

Comparar deterioro cognitivo, ansiedad ante la muerte, depresión y las vivencias de los adultos mayores institucionalizados según el sexo y las características de las instituciones (públicas y privadas).

3.2 Objetivos Específicos.

- Determinar el deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en un centro privado y un centro público.
- Describir la depresión en los adultos mayores institucionalizados en un centro privado y un centro público.
- Describir la ansiedad ante la muerte en adultos mayores institucionalizados en un centro privado y uno público.
- Comparar los resultados en cuanto a la depresión y la ansiedad ante la muerte según la institución, según las escalas aplicadas y el test SAT.
- Comparar la depresión y ansiedad ante la muerte en adultos mayores de acuerdo al sexo, según las escalas aplicadas y el test SAT.
- Conocer en profundidad los contenidos emergentes de las entrevistas respecto a la vivencia de institucionalización del anciano.
- Explorar en profundidad los contenidos emergentes de las entrevistas a adultos mayores con respecto a la depresión.
- Explorar en profundidad los contenidos emergentes de las entrevistas a adultos mayores con respecto a la ansiedad ante la muerte.

IV. MARCO METODOLÓGICO

4.1 Tipo y diseño de investigación.

El presente diseño es de enfoque mixto, representando el más alto grado de integración entre los enfoques cualitativo y cuantitativo, combinándose en todo el proceso de investigación, agregando complejidad al diseño de estudio; pero contemplando todas las ventajas de ambos enfoques (Hernández y cols., 2006).

Se trata de una investigación no experimental o de campo, realizado por medio de la recolección de datos tomados directamente del lugar donde se efectuó el estudio, observando los fenómenos tal y como se expresan en su contexto natural para ser analizados posteriormente. Esto se logró mediante la observación directa, entrevista semiestructurada, prueba para medir deterioro cognitivo (Cognistat), escala para medir depresión (Yesavage), escala para medir ansiedad ante la muerte (DAS) y prueba proyectiva para determinar los problemas de la ancianidad (SAT).

Es de naturaleza transversal o transeccional y correlacional, pues se recolectaron datos en un tiempo único, con el propósito de describir las variables y analizar, comparar resultados cuantitativos y su incidencia en la actualidad (Hernández y cols., 2006).

4.1.1. Enfoque Cuantitativo

Se recolectan datos cuantitativos, tomando como base la medición y el análisis estadístico, con el fin de establecer patrones. Este enfoque presenta algunas características específicas: aplicables al siguiente estudio; se hace uso de procedimientos estandarizados y tales datos se representan numéricamente para ser analizados por métodos estadísticos. La interpretación se realiza siguiendo un patrón estructurado; los resultados, al ser representativos de una población, deben ser generalizables a la misma y replicables (Hernández y cols., 2006).

4.1.2. Enfoque Cualitativo

. Los estudios con este enfoque se basan en un proceso inductivo, consistente en explorar y descubrir, para luego generar perspectivas teóricas. Generalmente no se prueban hipótesis, sino

que se genera durante el proceso, refinándose conforme se recaban más datos, procedimiento en el cual no se usan métodos estandarizados. Se busca evaluar el desarrollo natural de los sucesos, sin manipular o incentivar a quienes participan en la investigación (Hernández y cols., 2006).

4.2 Variables y dimensiones del estudio.

4.2.1. Enfoque cuantitativo.

4.2.1.1. Deterioro Cognitivo.

Definición teórica: El deterioro cognitivo se define como el declive de las funciones cognitivas, ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores. El deterioro que no afecta la realización de las tareas habituales del día a día es considerado como leve (DCL), mientras que el deterioro cognitivo mayor (DCM) se caracteriza por la alteración progresiva de la función cognitiva que incapacita a la persona la realización de alguna de estas llamadas actividades de la vida diaria (López y López, 2007).

Definición operacional: Presencia o ausencia de deterioro cognitivo estudiada por el Cognistat; evaluando tres áreas generales (nivel de consciencia, orientación y atención) y cinco áreas de habilidad (lenguaje –dentro del que se incluye comprensión, repetición y nominación-, construcción, memoria, cálculo y razonamiento –tomando en cuenta semejanzas y juicio).

4.2.1.2. Ansiedad ante la muerte.

Definición teórica: La ansiedad ante la muerte es definida como un estado emocional disfórico producido por la contemplación de la propia muerte, la cual se considera que es un elemento al que es difícil darle sentido. Por esto existe dificultad para concebir la propia muerte, la cual se acompaña de un nivel alto de ansiedad (Templer, 1988).

Definición operacional:

- Valores que se puedan obtener en la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (DAS) que consta de 15 ítems y que por medio de una escala Likert de 4 puntos (nunca o casi nunca, algunas veces, la mayor parte del tiempo o todo el tiempo) posicionan al adulto mayor en un

rango de mínima ansiedad ante la muerte (15 puntos) o máxima ansiedad ante la muerte (60 puntos).

- Número de respuestas emitidas por el sujeto en el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT) en las láminas 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15 y 16.

4.2.1.3. Depresión.

Definición teórica: La depresión es definida como un trastorno mental frecuente, que 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 (OMS, 2015).

Definición operacional:

-Valores que se puedan obtener en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (versión abreviada), la cual es una herramienta breve de 15 ítems en el que los participantes deben responder sí o no con respecto a cómo se sintieron en la última semana, dejando a un lado manifestaciones somáticas. Un puntaje entre 0 y 10 puntos indicaría rango “normal”, mientras que de 11 a 14 puntos indica “depresión”.

-Número de respuestas emitidas por el sujeto en el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT) en las láminas 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14 y 15.

4.2.1.4. Sexo.

Definición teórica: El sexo hace referencia a las características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen hombre y mujer. Se reconoce a partir de datos corporales como los genitales; el sexo es una construcción natural, con la que se nace (OMS, 2015).

Definición operacional: Toda persona que se defina como masculino o femenino al momento de la aplicación.

4.2.1.5. Tipos de institución.

Definición teórica: Existen dos tipos de instituciones para el adulto mayor (pública y privada). La institución pública depende de un organismo público y/o de los aportes del Estado, mientras que la institución privada depende y recibe aportes de personas que por sus propios medios desarrollan actividades para beneficiar a la comunidad.

Definición operacional: Se seleccionaron instituciones que cumplieran con la definición teórica planteada. Las cuales son:

- Institución pública: Casa Hogar Villa Aconcagua. IVSS
- Institución privada: Casa Hogar San José. Congregación de las hermanitas de los ancianos desamparados.

4.2.1.6. Variables extrañas.

Controladas:

- Sexo.
- Antecedentes neurológicos y psiquiátricos: se realizó revisión de las historias de los pacientes con la autorización de cada institución.
- Tipo de institución: pacientes que estuviesen internos en instituciones públicas y privadas especializadas en el cuidado del adulto mayor.
- Alfabetismo: participantes en capacidad de leer, responder y comprender las escalas suministradas.

No controladas:

- Medicación: la medicación varía en cada participante, por lo que no ha sido posible controlar esta variable y determinar si esto tendrá algún tipo de efecto en sus respuestas.
- Fatiga: condición individual de cada participante que puede variar en la aplicación.
- Estructura familiar.
- Factores socioeconómicos y/o condiciones de salubridad.

4.2.2. Enfoque cualitativo.

4.2.2.1. Dimensiones:

Depresión: Todos aquellos contenidos referidos a la tristeza, abandono, soledad, pensamientos pesimistas, entre otros, que emergieron de las entrevistas realizadas.

Ansiedad: Todos aquellos contenidos referidos a los miedos y temores que puedan llegar a experimentar los adultos mayores.

Vivencia en las instituciones: Todos aquellos contenidos referidos a los relatos de los adultos mayores acerca de las vivencias en los centros correspondientes.

4.3 Participantes.

4.3.1. Enfoque cuantitativo:

Población: personas masculinas y femeninas mayores de 65 años, internados en instituciones públicas e instituciones privadas.

Muestra: tipo de muestra no probabilística, siendo un subgrupo de la población delimitado de acuerdo a los objetivos establecidos para esta investigación. La muestra estuvo conformada por 9 adultos mayores de la institución pública (Casa Hogar Villa Aconcagua- IVSS), de los cuales 5 son mujeres y 4 son hombres; de la institución privada (Casa Hogar San José) se tomaron 14 adultos mayores, de los cuales 6 son mujeres y 8 son hombres; teniendo un total de 22 participantes.

4.3.2. Enfoque cualitativo:

Nueve ancianos, cuatro mujeres y cinco hombres, residenciados en instituciones públicas e instituciones privadas.

- Carla: 90 años de edad, se desempeñaba como mecanógrafa en inglés.
- Jorge: 77 años, es psicólogo industrial, trabajo como RRHH por varios años.
- Teodoro: 74 años de edad, militar retirado, internado en institución pública.

- Juan José: 77 años, empleado en una farmacia para luego estar encargado de cuidar una casa en Rio Chico.
- Angelina: 85 años, fue secretaria en salud Chacao.
- Cristina: 76 años, se desempeñaba como masajista.
- Jesús Manuel: 83 años, se desempeñó como contador.
- Jonathan: 83 años, sin ocupación fija.
- Joanna: 84 años, se dedica a la costura.

4.4 Recursos.

4.4.1. Humanos:

Conformado por las investigadoras, tutora, adultos mayores institucionalizados, especialistas en el área de investigación y colaboradores.

4.4.2. Materiales.

4.4.2.1 Enfoque cuantitativo.

- Cognistat: Instrumento breve de evaluación cognitiva, cuya aplicación dura de 15 a 20 minutos aproximadamente. Evalúa tres áreas generales (nivel de consciencia, orientación y atención) y cinco áreas de habilidad (lenguaje –dentro del que se incluye comprensión, repetición y nominación-, construcción, memoria, cálculo y razonamiento –tomando en cuenta semejanzas y juicio). Los puntajes obtenidos en cada área generan un perfil gráfico que posiciona a la persona dentro de un rango promedio, leve, moderado o severo de deterioro cognitivo.
- Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer: Escala breve de evaluación de la presencia o ausencia de ansiedad ante la muerte en adultos mayores, cuya aplicación tiene una duración de 10 minutos. Consta de 15 ítems y por medio de una escala Likert de 4 puntos (nunca o casi nunca, algunas veces, la mayor parte del tiempo o todo el tiempo) posiciona a la persona en un rango de mínima ansiedad ante la muerte (15 puntos) o máxima ansiedad ante la muerte (60 puntos).
- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage: Escala breve de evaluación de la presencia o ausencia de depresión en adultos mayores, dejando a un lado manifestaciones somáticas y

centrándose únicamente en aspectos relacionados con el estado de ánimo. Su aplicación tiene una duración de 10 minutos aproximadamente y está conformada por 15 ítems en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. Un puntaje entre 0 y 10 puntos indicaría que el evaluado se encuentra “normal”, mientras que de 11 a 14 puntos indica “depresión”.

- Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT): Test proyectivo creado para facilitar el reflejo aperceptivo de los problemas de la ancianidad, conformado por 16 láminas que funcionan como estímulos para abordar temas como la soledad, la enfermedad, la tristeza, la alegría, relaciones sociales y de la significación específica de los diversos estados emocionales, etc. Se utiliza el método de interpretación de Murray (1973) para corregir el contenido manifiesto de los relatos elaborados por participantes. Esta prueba se utilizará como parte del enfoque cuantitativo porque los resultados se contabilizarán como frecuencias simples para poderlos comparar con los datos obtenidos por las escalas antes mencionadas.

Tabla 1.

Especificaciones del contenido de las láminas del SAT (Bellak y Bellak, 1979).

Lámina	Contenido
1	Interacción social, sexualidad, adulterio, manera en la que la mujer se relaciona.
2	Preocupaciones de orden económico y referente a la alimentación; reflexiones acerca de las relaciones entre ambas figuras.
3	Gozo de los abuelos. Hostilidad entre las personas de edad, hacia el nieto y hacia los padres de este. Recibir o efectuar visitas.
4	Relaciones familiares, rivalidad respecto de los nietos, actitudes hacia los adolescentes y el sexo, vivir en familia.
5	Elucidación de sentimientos y necesidades sociales, en particular dentro de una institución.
6	Soledad, abandono y pena. Ansiedad. Infortunio por la desconsideración de la familia.
7	Lámina indicada para inducir a temas característicos de las personas de edad: abandonar el propio hogar, mudarse a casa de un familiar o una institución.

8	Se presta para hacer surgir qué se siente acerca de la pérdida del control del cuerpo y las actitudes respecto a esto. En algunas personas despierta agresividad.
9	Expresiones de compañerismo y sexualidad entre las personas de edad. Sentimientos referentes a la nueva generación.
10	Soledad, enfermedad, sentimientos de aislamiento y pobreza. El medicamento puede suscitar ideas de suicidio.
11	Envidia que se tiene a las personas de mayores recursos. Envidia hacia la juventud.
12	Pesar que provoca la muerte, las enfermedades, las malas noticias, un marido mujeriego que abandona el hogar o los problemas con los hijos.
13	Dejar un lugar o encontrarse con alguien. Sensación de encontrarse perdido.
14	Dolencias físicas, medicamentos, ideas hipocondríacas y pensamientos suicidas.
15	Relaciones entre una generación y otra en el plano de lo social y de los sexos, los sentimientos sexuales de las personas de edad hacia personas más jóvenes, celos, resentimiento y desaprobación.
16	Libre.

4.4.2.2. Enfoque cualitativo.

-Entrevista semiestructurada: permite procesar y comparar los resultados de distintos entrevistados a la vez; posibilita improvisar durante la entrevista y ser flexible para adaptarse a circunstancias específicas. En esta técnica no se incluye un listado completo de preguntas, puesto que se debe posibilitar que sea la misma dinámica de la entrevista la que genere otras preguntas que necesariamente no están escritas (Cuéllar, 1999). La entrevista aplicada se diseñó tomando en cuenta la revisión teórica realizada antes de la aplicación. La misma estuvo sometida al criterio de saturación el cual permitió la selección de 9 entrevistas para ser analizadas.

4.4.2.3. Otros materiales.

- Solicitud de autorización dirigida a las instituciones.

- Grabadora.
- Cámara.
- Lápiz y bolígrafo.

4.5 Procedimiento.

- Fase preparatoria.

Se realizó revisión exhaustiva del tema a tratar en esta investigación, con el fin de cumplir con los objetivos planteados y definir el tipo de metodología a usar. Luego, se estudiaron las distintas escalas y pruebas existentes que podían enriquecer la investigación y se procedió a hacer la elección de las mismas más la realización de la entrevista semiestructurada.

Una vez definidos los objetivos e instrumentos a aplicar, se procedió a realizar la búsqueda de los centros, tanto el público como el privado, donde se realizaron varias visitas para visualizar las condiciones de la casa hogar, la cantidad de personas que allí se encuentran y las posibilidades de realizar la aplicación en dichas instituciones.

Posteriormente, se realizaron las cartas para solicitar el permiso de los centros que a las evaluadoras les parecieron más convenientes según las características de su investigación. Ambas instituciones aceptaron la petición y se comenzó con el proceso de aplicación.

- Fase de trabajo de campo.

El trabajo a realizar fue dividido en 3 sesiones de 40 minutos cada una para cada participante. En la primera sesión se procedía a explicar todo el procedimiento que se llevaría a cabo y los fines, además, se les pedía su autorización para la participación en la investigación y se continuaba con la aplicación de la prueba para medir deterioro cognitivo (Cognistat). En la segunda sesión, se aplicaban tanto la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer como la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage; una vez finalizadas, se le solicitaba permiso al participante para hacer una grabación de voz donde quedarían registradas sus respuestas y posteriormente, se realizaba la entrevista semiestructurada. En la tercera sesión, se aplicaba el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT) y se agradecía al participante por su colaboración durante todo el proceso.

- Fase de análisis.

Luego de la recolección de datos, se realizó el análisis de resultados, el cual fue dividido en dos etapas. En la primera etapa, con el uso de frecuencias y medias simples, se realizó el análisis cuantitativo en el que se examinaron los resultados obtenidos en el Cognistat, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer y el Test de Apercepción para Edades Avanzadas. Además, se realizaron comparaciones entre el sexo y el tipo de institución (pública y privada) en el que se encontraban residenciados los adultos mayores participantes.

En la segunda etapa, se realizó el análisis de resultados de toda la metodología cualitativa, en el que se tomaron en cuenta los verbatim expresados por los participantes tanto en el Test de Apercepción para Edades Avanzadas, como en las entrevistas semiestructuradas, para así conocer de forma más detallada las razones de los resultados cuantitativos obtenidos. Además, se propusieron categorías que surgieron de la información recogida en las entrevistas y posteriormente, se realizó el análisis categorial.

Por último, se hizo la integración de resultados de la metodología cuantitativa con los de la cualitativa para tener una visión mucho más amplia de los objetivos planteados para esta investigación.

V. RESULTADOS

5.1 Análisis cuantitativo

A continuación se presentan los resultados obtenidos en esta investigación, donde se explicarán de manera detallada las diferencias existentes en cuanto al sexo (masculino – femenino) y al tipo de institución (pública – privada).

En primer lugar, se mostrarán los resultados obtenidos en el Cognistat en cuanto al deterioro cognitivo. Seguidamente, se presentarán los resultados encontrados en la Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) y el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT) en cuanto a la depresión. Por último, se expondrán los resultados arrojados por la Escala de Ansiedad Ante la Muerte (Templer) y el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT) en cuanto a la ansiedad ante muerte presente en estos adultos mayores.

Para el análisis de resultados en el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT) se tomaron en cuenta distintos criterios. En cuanto a la variable “depresión”, cuatro criterios indican la presencia de la misma:

- **La soledad y el aislamiento:** Contiene todo lo referente al sentimiento de soledad y abandono, la falta de contacto con un ser querido o la pérdida de alguno.
- **La pérdida de facultades:** Se incluye todo aquello que se refiera a la pérdida de independencia y/o habilidades, problemas de salud y añoranza de cómo se era antes de la vejez.
- **Adaptación a la casa hogar y sus condiciones:** Contiene todo lo referente a la forma en la que el adulto mayor ha sido afectado por su ingreso a la casa hogar y la adaptación a las condiciones de la misma.
- **Tristeza difusa:** Incluye toda expresión de tristeza por parte del adulto mayor en la cual su motivo no esté especificado.

5.1.1 Deterioro Cognitivo

Para poder analizar las diferencias existentes en torno al deterioro cognitivo presente en los adultos mayores evaluados, se tomó en cuenta el criterio de que aquellas áreas que puntúen por encima de 8 puntos se consideran áreas en buen estado funcional, mientras que aquellas que puntúen por debajo de 8 puntos se consideran en deterioro. Partiendo de lo dicho anteriormente, en la figura 1 se observan las diferencias existentes en los adultos mayores de la institución pública (Hogar Villa Aconcagua) y la institución privada (Hogar San José) con relación al deterioro cognitivo. En ambos centros los adultos presentaron deterioro en la mayoría de las áreas, sin embargo, en el área de Memoria se puede apreciar una marcada diferencia entre una institución y otra; por otro lado en las áreas de Orientación y Lenguaje Repetitivo, ambos obtuvieron puntajes por encima de 8; siendo los adultos de institución privada los que puntuaron más alto, lo cual podría deberse, entre otros factores, a que las condiciones de la institución pública imposibilitan que los adultos mayores mantengan estas funciones en ejercicio y que su proceso de deterioro sea más rápido que el de los adultos mayores de la institución privada.

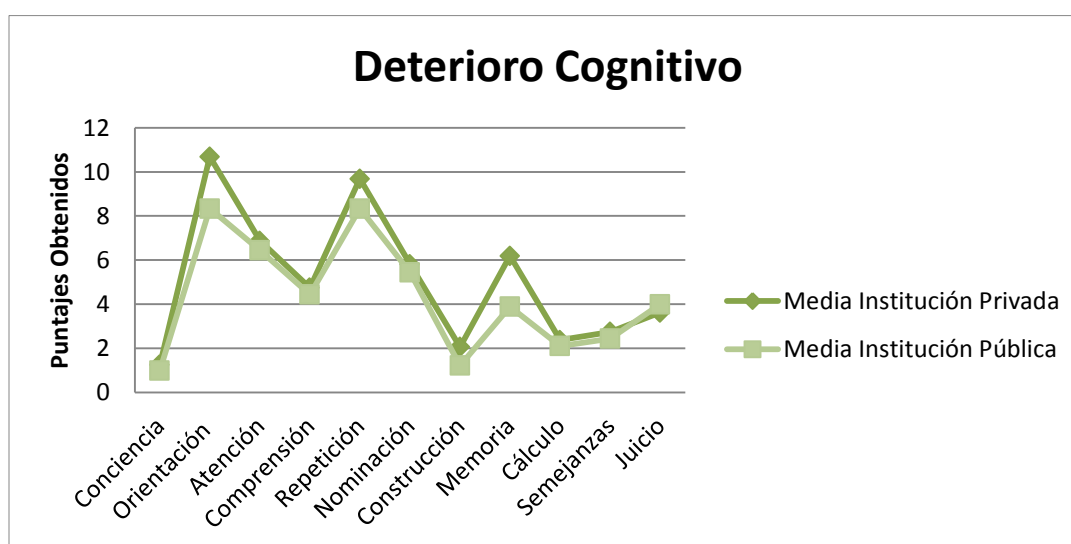


Figura 1. Deterioro cognitivo en adultos mayores de acuerdo al tipo de institución según el Cognistat.

En la figura 2 se evidencia que aunque no existe una diferencia llamativa entre las medias de acuerdo al sexo, las áreas Orientación y Lenguaje Repetitivo puntuaron por encima de los 8

puntos. Por otro lado, se puede observar que en torno a Lenguaje Nominativo y Semejanzas, las mujeres de esta institución puntuaron por debajo, indicando mayor deterioro, lo cual concuerda con lo expuesto por Álvarez (2008), quien realizó un estudio en personas mayores de 65 años donde aseguró que el nivel de deterioro cognitivo es mayor en las mujeres.

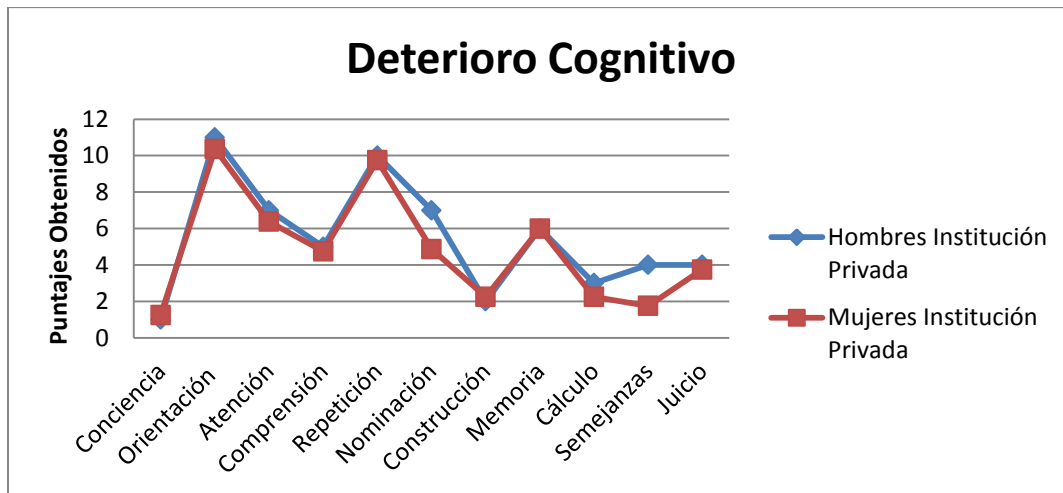


Figura 2. Deterioro cognitivo de acuerdo al sexo en adultos mayores residentes en Institución Privada (Hogar San José) según el Cognistat.

A continuación, en la figura 3 se observa que las mujeres residentes en la institución pública puntuaron por debajo de 8 puntos en todas las áreas evaluadas, lo que indica que presentan mayor deterioro cognitivo que los hombres, quienes puntuaron por encima de 8 en las áreas de Orientación y Lenguaje Repetitivo.

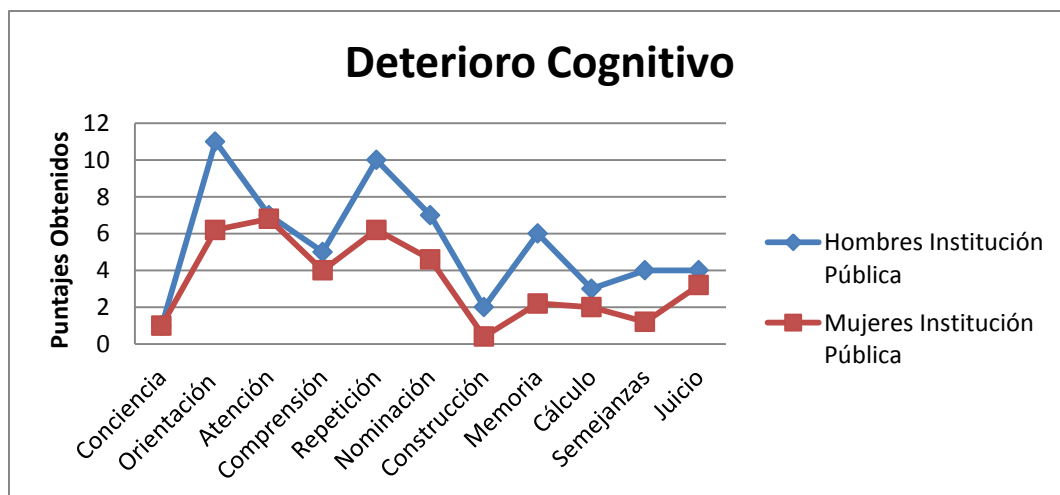


Figura 3. Deterioro cognitivo de acuerdo al sexo en adultos mayores residentes en institución pública (Hogar Villa Aconcagua) según el Cognistat.

En la figura 4, se aprecia que el deterioro cognitivo es similar en hombres de ambas instituciones, habiendo poca diferencia entre los puntajes obtenidos en las áreas evaluadas.

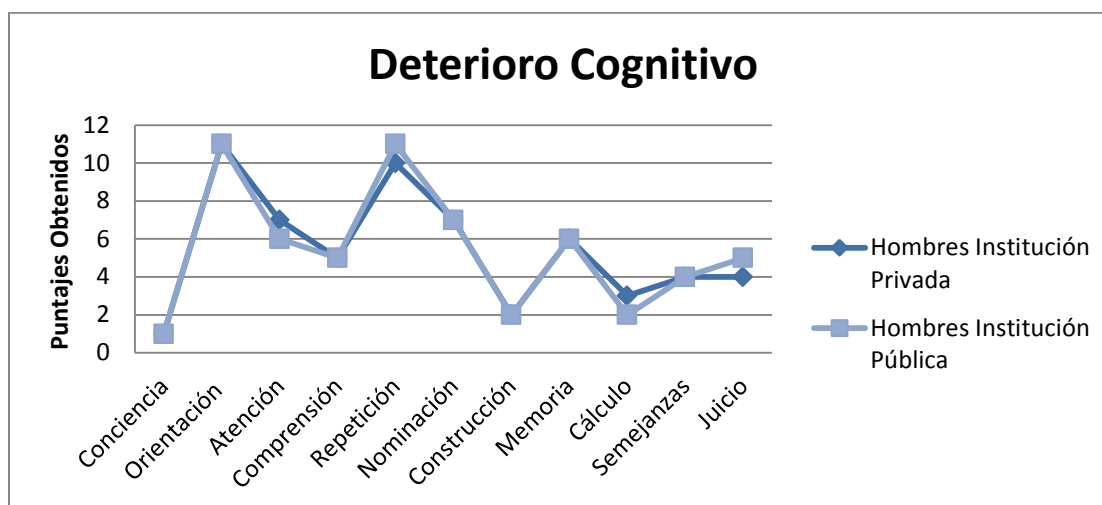


Figura 4. Deterioro cognitivo en hombres adultos mayores de acuerdo al tipo de institución según el Cognistat.

Por otro lado, en la figura 5, se puede apreciar que al comparar los puntajes obtenidos por las mujeres de ambos centros, aquellas que residen en la institución pública puntuaron por debajo de 8 puntos en todas las áreas, mientras que las mujeres de la institución privada obtuvieron puntajes por encima de 8 en dos áreas (Orientación y Lenguaje Repetitivo), lo que indica que aquellas que residen en la institución pública presentan mayor deterioro que las que residen en las institución privada. Dosil, Leal y Neto (2013), aseguran que el deterioro cognitivo es resultado de alteraciones nutricionales (además de otros factores), donde no se consumen los nutrientes esenciales y en consecuencia, los cambios propios del envejecimiento se agudizan y aceleran su proceso; lo cual era evidente en el caso de las mujeres de la institución pública. Por último, como será expuesto más adelante, las mujeres de la institución pública manifestaron mayor depresión, lo cual también está asociado al deterioro cognitivo.

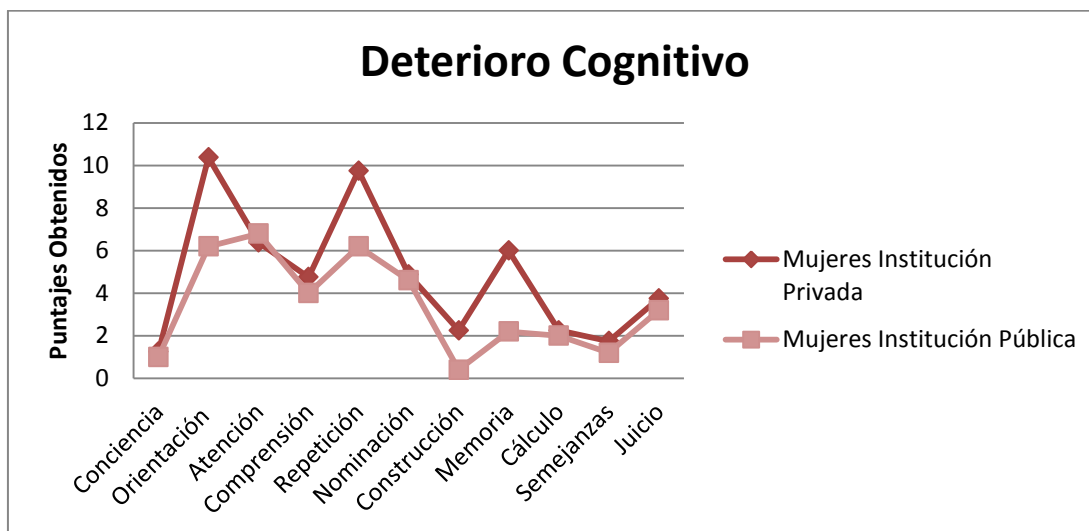


Figura 5. Deterioro cognitivo en mujeres adultas mayores de acuerdo al tipo de institución según el Cognistat.

5.1.2 Ansiedad ante la muerte

A continuación, en la figura 6 se evidencia que los adultos mayores de la institución privada manifiestan mayor ansiedad ante la muerte, lo cual coincide con lo expuesto por Martínez, Alonso y Calvo (2001) quienes aseguran que esto puede deberse a que al poseer menor deterioro cognitivo y al estar más conscientes de su situación de vulnerabilidad física, la ansiedad ante la muerte incrementa, ya que se es más consciente de la posible proximidad de un evento de gravedad para su salud.

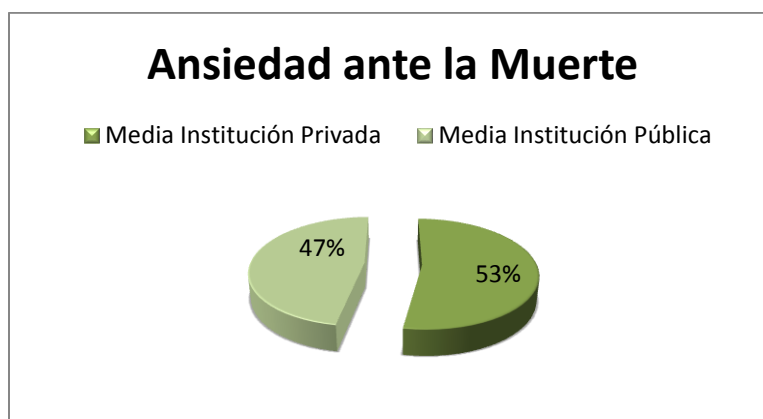


Figura 6. Ansiedad ante la muerte de acuerdo al tipo de institución según la Escala de Ansiedad ante la muerte de Templer.

Según los resultados obtenidos en las escalas, en la figura 7 se muestra una diferencia importante entre las medias en cuanto a la ansiedad ante la muerte entre hombres y mujeres de la institución privada, siendo mayor en la mujeres y coincidiendo con lo expuesto por Martínez et. al. (2001), quienes plantearon que las mujeres expresan más su ansiedad ante la muerte que los hombres y si está acompañada de depresión es mayor (Bergdahl, Allard y Gustafson, 2007), por esta razón, al ser más proclives las mujeres a los trastornos depresivos que los hombres, parecen expresar en mayor medida su ansiedad ante la muerte.

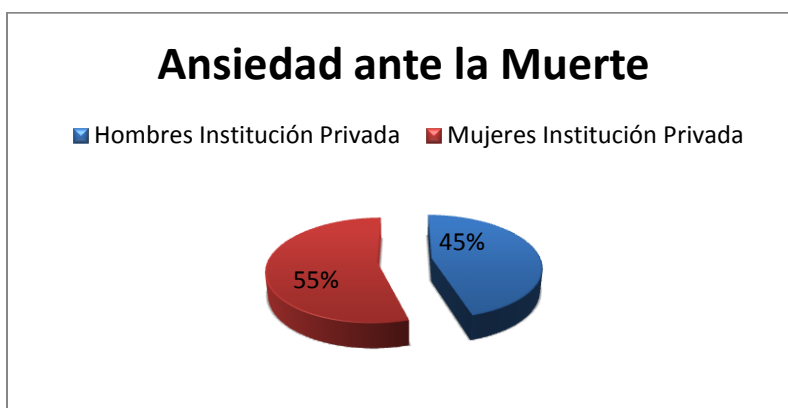


Figura 7. Ansiedad ante la muerte de acuerdo al sexo en adultos mayores residentes de una institución privada (Hogar San José), según la Escala de Ansiedad ante la muerte de Templer.

En la figura 8, según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT) se evidencian las diferencias entre adultos mayores de ambos sexos en una institución privada en cuanto a lo que ansiedad ante la muerte se refiere, en la cual se tomaron en cuenta 3 criterios extraídos de las historietas del SAT. Según el “Miedo al sufrimiento”, se observa que tanto hombres como mujeres de dicho centro no presentaron indicadores del mismo. En segundo lugar se halla el criterio “Preocupación por el bienestar de la familia”, en este sentido, las mujeres de la institución se mostraron más afectadas, observándose una presencia de un 33%. En torno a la “preocupación por la salud” se evidencia que los hombres son los más afectados en relación a este criterio, las mujeres, por su parte, también se encuentran afectadas según este criterio, aunque la diferencia en torno a las proporciones es muy marcada evidenciándose un 100% (hombres) contra 67% (mujeres). Algunas expresiones tomadas del SAT que demuestran lo dicho anteriormente:

- “Este señor está enfermo, está aquí esperando no sé qué y está preocupado viendo los remedios y la hora, está muy angustiado. Hay algo que quiere saber pero no le han dicho porque aquí hay muchos remedios y muchas cosas. Está en un cuarto.” (Cristina – Lámina 10 – Institución Privada).
- “La abuelita que está hablando con otra abuelita, le está señalando algo. Le está señalando algo en la barriga, será. Y la otra está entendiendo bien, bien lo que dice. Están preocupadas, le está mostrando que tiene la barriga hinchada (se ríe) sí, sí, porque tienen cara de angustia todas, de preocupación. No sé qué más” (Joanna – Lámina 1– Institución Privada).
- “El señor está acostado pero aparentemente está enfermo, por las medicinas que tiene en la mesa de noche. De repente son las medicinas que toma siempre pero se ve preocupado” (Miguel – Lámina 10 – Institución Privada).
- “¡Ay, ese pobre abuelito, solito y abandonado! Con las medicinas que tomar y él pendiente de cuál será que le toca tomar, ve la hora y está pendiente para echarse una cucharada de lo que le toca tomar. El abre la ventanilla para que le entre aire porque debe estar con gripe o enfermo porque está pendiente de la hora por la medicina porque no hay quien se la dé, está solitario, así estoy yo...” (Juan José – Lámina 10 – Institución Privada).
- “¡Ay Dios mío santísimo! Muchas medicinas y no duermo. Esto aquí es un reloj y no duerme, muchas medicinas y no duerme. Está acostado.” (Hugo – Lámina 10 – Institución Privada)

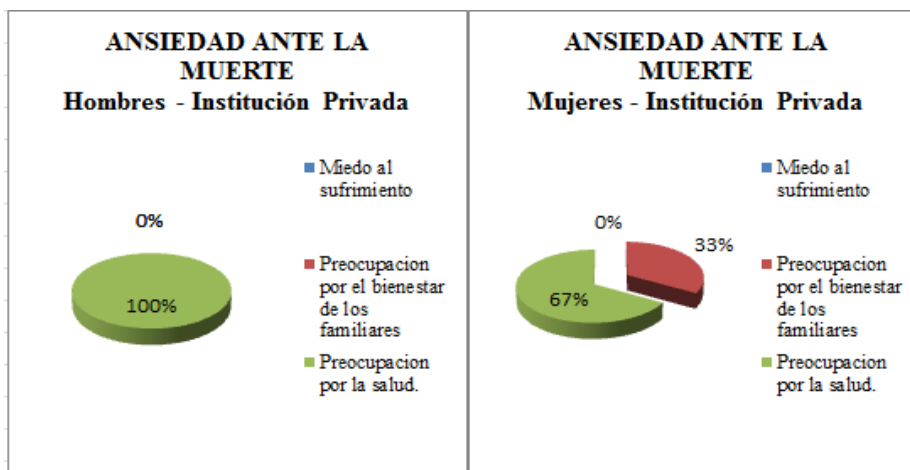


Figura 8. Ansiedad ante la muerte en hombres y mujeres adultos mayores de una institución privada, según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT).

En la figura 9 se muestra una diferencia entre las medias en cuanto a la ansiedad ante la muerte entre hombres y mujeres de una institución pública, siendo mayor en la mujeres y coincidiendo con las investigaciones consultadas, donde se asegura que las mujeres expresan más su ansiedad ante la muerte que los hombres y si está acompañada de depresión es mucho mayor, por lo tanto, por estar más deprimidas, las mujeres expresan más su ansiedad ante la muerte (Bergdahl, et. al. 2007).



Figura 9. Ansiedad ante la muerte de acuerdo al sexo en adultos mayores residentes en institución pública (Hogar Villa Aconcagua), según la Escala de Ansiedad ante la muerte de Templer.

En la figura 10, en los resultados obtenidos en el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT), se pueden observar las diferencias entre hombres y mujeres de una institución pública en cuanto la ansiedad ante la muerte. En cuanto a “Miedo al sufrimiento” las mujeres lo expresan más que los hombres, lo que indica que estas se muestran más afectadas. En el criterio de “Preocupación por el bienestar de la familia” los hombres presentan un mayor porcentaje con relación a las mujeres, indicando que estos, al parecer, tienden a preocuparse más por el bienestar de su familia, en tanto los familiares son garantes de proporcionarle lo necesario para su bienestar. Por último, se evidencia que el criterio de “Preocupación por la salud” es el que se encuentra más o menos similar en ambos, pero los hombres obtuvieron 40% en relación a un 33% mujeres, mostrando que los primeros llegan a preocuparse más por la salud. Tomando en

cuenta estos aspectos, se puede decir entonces que los resultados obtenidos en las escalas, donde se muestra mayor ansiedad ante la muerte en mujeres se debe en mayor medida al criterio de miedo al sufrimiento. A continuación se presentan algunas expresiones tomadas del SAT que demuestran lo dicho anteriormente:

- “Aquí hay un cuarto y aquí se le derrama algo que sacó del horno y él le está dando como agua o algo. A ella se le derramó algo y está preocupada porque se puede quemar o algo.” (Carla – Lámina 8 – Institución Pública)
- “Bueno, este es un señor acostado, pero parece que tiene algún dolor o algún problema, porque esta con la cara medio arrugada, eso es lo que se ve, se desprende de esto a simple vista; y aquí hay, posiblemente, él está tomando algún medicamento y está preocupado viendo la cosa de los medicamentos.” (Jorge – Lámina 10 – Institución Pública)
- “Acá está una señora mayor y pareciera que fueran como sus dos hijos y le están diciendo a la señora que, que, que no se sienta triste pues, que no se asuste.” (Mariana – Lámina 1 – Institución Pública)
- “Ave María purísima. Esta señora esta, ay, esta señora está preocupada por una llamada telefónica. Está esperando que la llamen para que le avisen de algún familiar o familia, de un hijo, ella está esperando que la llamen por teléfono. Por eso está sentada al lado de su teléfono.” (Mariana – Lámina 6 – Institución Pública)
- “Una señora ansiosa por recibir una llamada importante que puede ser buena o mala, pero parece algo malo porque tiene cara de angustia. Seguro es de algún familiar la llamada.” (Michael – Lámina 6 – Institución Pública)
- “Buscando unos medicamento, tiene dificultad para buscarlos, más nada.” (Michael – Lámina 10 – Institución Pública)
- “Esta es una mujer que está limpiando la casa, ¿no? Esta es una pulidora, ¿no? Ah no, es un envase de comida que se está derramando y ella está asustada de que se le está botando la comida y entonces este hombre está mirándola como diciendo “¡coño, ten cuidado chica!”” (Julieta – Lámina 8 – Institución Pública)
- “El teléfono... Lo jaló y se le cayó. Parece que estuviera sonando y no lo escucha. La cara es de pocos amigos, parece que estuviera asustada. No sé por qué pero ella está asustada con ganas hasta de llorar.” (Omar – Lámina 6 – Institución Pública)

- “Ella está como esperando una llamada y esta como preocupada.” (Manuela – Lámina 6 – Institución Pública).

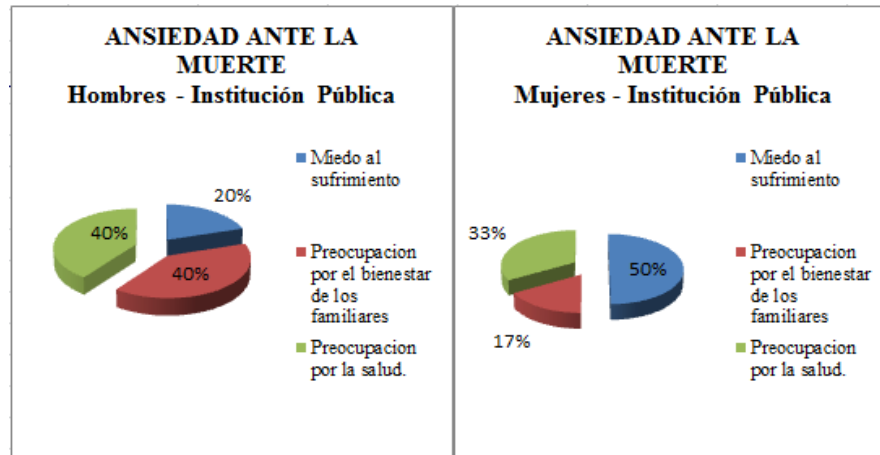


Figura 10. Ansiedad ante la muerte en hombres y mujeres adultos mayores de una institución pública, según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT).

La figura 11 evidencia mayor grado de ansiedad ante la muerte en los hombres de la institución privada (Hogar San José) que en los hombres de la institución pública (Hogar Villa Aconcagua). Aunque la diferencia no es tan llamativa, se puede relacionar con lo dicho por Martínez, et. al. (2001), donde aseguran que el menor deterioro cognitivo hace más conscientes a los hombres de la institución privada de las vulnerabilidades físicas asociadas al momento de ciclo vital en el cual se encuentran.

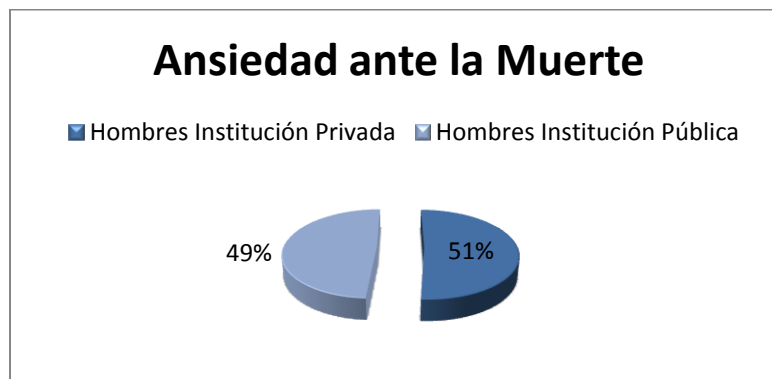


Figura 11. Ansiedad ante la muerte en hombres adultos mayores de acuerdo al tipo de institución, según la Escala de Ansiedad ante la muerte de Templer.

En la figura 12, según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT), se aprecia la diferencia entre hombres de una institución pública y una privada en cuanto a la ansiedad ante la muerte. Se observa que los hombres de la institución pública se encuentra mucho más afectados en los criterios de “Miedo al sufrimiento” y “Preocupación por el bienestar de los familiares” que los hombres de la institución privada. Por otro lado, se observa que los hombres de la institución privada muestran sentir, principalmente, preocupación en torno a la salud. Con relación a las escalas, podría decirse entonces que lo que enmarca a la ansiedad ante la muerte en los hombres de la institución privada es su preocupación por la salud, o estado físico, a diferencia de los hombres de institución pública, quienes dicha ansiedad se sustenta en los tres criterios previamente mencionados.

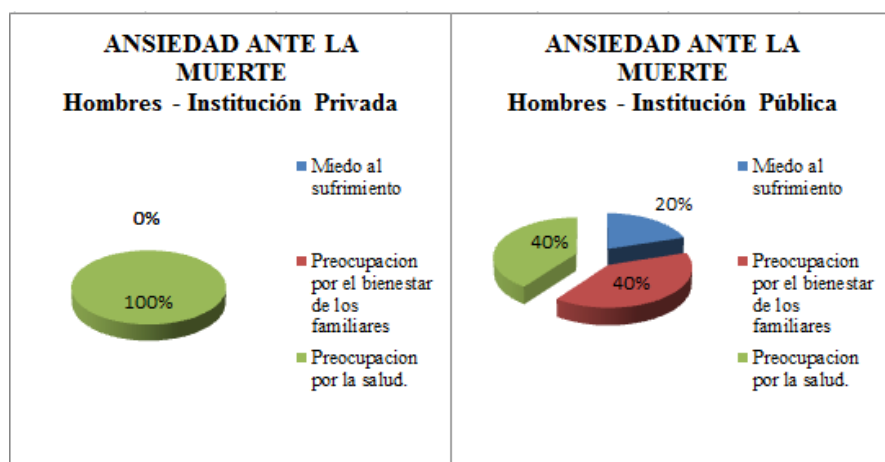


Figura 12. Ansiedad ante la muerte en hombres adultos mayores de una institución pública y una institución privada según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT).

En la figura 13 se evidencia mayor grado de ansiedad ante la muerte en las mujeres de la institución privada (Hogar San José) que en las mujeres de la institución pública (Hogar Villa Aconcagua), lo cual se puede relacionar con el deterioro cognitivo (el cual es menor en mujeres de la institución privada) que deja libre el lugar a los pensamientos acerca del deterioro físico y un posible desenlace no deseado (Martínez, et. al. 2001). Se incluye que las mujeres entrevistadas mostraron mayor tendencia a verbalizar lo que sentían para ese momento.

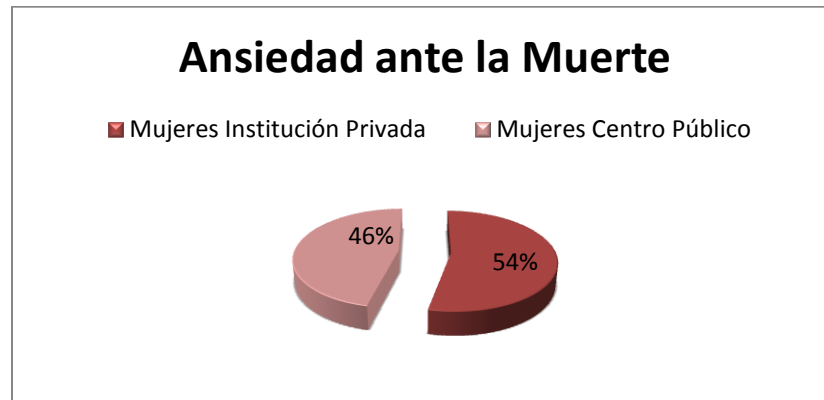


Figura 13. Ansiedad ante la muerte en mujeres adultas mayores de acuerdo al tipo de institución, según la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer.

En la figura 14, se presentan las diferencias entre mujeres de una institución pública y una privada en cuanto a la ansiedad ante la muerte obtenidas por medio del Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT), pudiendo observarse que las mujeres de la institución privada presentan mayor preocupación por la salud que las mujeres de institución pública, sin embargo, en las mujeres de la institución pública se evidencia miedo al sufrimiento que las mujeres de la otra institución no muestran. Por último, en cuanto a la “Preocupación por el bienestar de los familiares” se observa que las mujeres de la institución privada manifestaron en mayor medida este criterio que las de la institución pública en este último criterio. Por lo tanto, se puede observar que los resultados obtenidos por las escalas, donde las mujeres de la institución privada muestran con mayor ansiedad ante la muerte, podrían ser atribuidos a la preocupación por la salud.

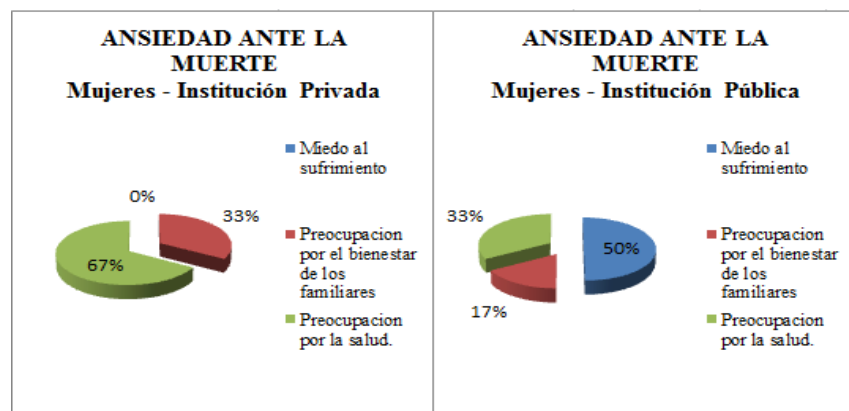


Figura 14. Ansiedad ante la muerte en mujeres adultos mayores de una institución pública y una institución privada, según del Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT).

5.1.3 Depresión

La figura 15 muestra una diferencia llamativa en las medias obtenidas entre los adultos mayores de ambas instituciones, observándose que existen mayores manifestaciones de depresión en quienes residen en la institución pública (Hogar Villa Aconcagua), lo cual puede deberse a que en este centro las visitas son muy escasas por parte de los familiares, el personal no permite que las mujeres se levanten de su lugar y realicen alguna actividad que sea de su agrado, el centro tampoco proporciona alguna actividad ni permiten el uso de televisores, los cumpleaños no son celebrados y las salidas no están permitidas. Adicionalmente, como se ha expuesto con anterioridad, la depresión y el deterioro cognitivo tienen relación, y en este caso, las mujeres de la institución pública manifiestan en mayor medida estas variables, coincidiendo con la investigación realizada por Bergdahl, Allard y Gustafson (2007), donde además asegura que el adulto mayor al ingresar a una institución y al percibir todos estos cambios en su vida, padece de depresión.

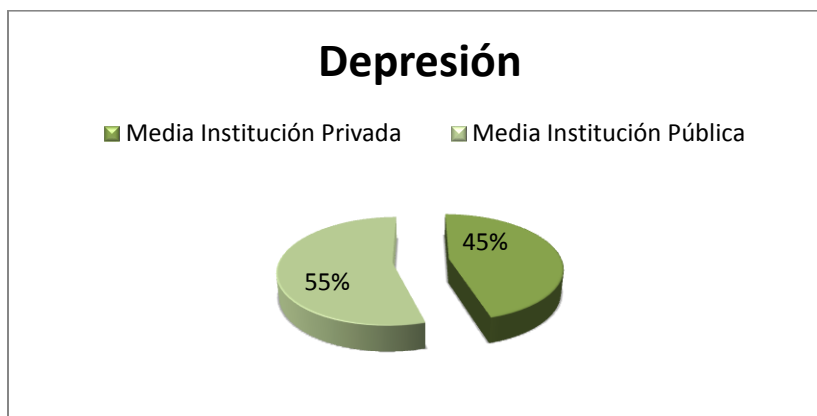


Figura 15. Depresión en adultos mayores de acuerdo al tipo de institución, según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

En la figura 16 se observa que existe una notable diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a la depresión, evidenciándose más en las mujeres, lo cual coincide con la mayoría de las investigaciones y con Bergdahl y cols (2007) quienes exponen que la depresión es mayor en las

mujeres. Adicionalmente, las mujeres tienen mayor capacidad de verbalizar lo que sienten, lo cual pudo haber influido en estos resultados.

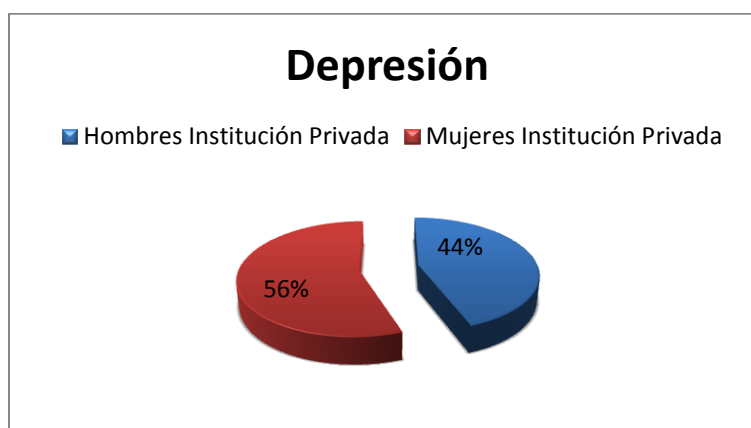


Figura 16. Depresión de acuerdo al sexo en adultos mayores residentes de una institución privada (Hogar San José), según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

En la figura 17, según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT) se evidencian las diferencias entre adultos mayores de ambos sexos en una institución privada en cuanto a depresión. En el criterio de “soledad y aislamiento” se observa que las mujeres se encuentran afectadas en mayor medida que los hombres. En cuanto a la “pérdida de las funciones” son los hombres de esta institución quienes se muestran más afectados por este criterio, observándose una gran diferencia en relación con las mujeres. En la “adaptación a la casa hogar y sus condiciones” se evidencia que los hombres son los únicos afectados en cuanto a este criterio. Por último, en cuanto a la “tristeza difusa” se observa un puntaje mayor en las mujeres. Se muestra entonces, que los resultados obtenidos en las escalas pueden ser explicados en mayor medida por el criterio de soledad y aislamiento. Algunos verbatim tomados del SAT que demuestran lo dicho anteriormente:

- “¡Ay no! Aquí una señora está llorando, no sé si será por la muerte de estos que están en la foto” (Armando – Lámina 12 – Institución privada).
- “Mudanza... Este está con un bastón, viene para acá para el ancianato seguro, pobrecito” (Carlos – Lámina 7 – Institución privada)”
- “Están recordando cuando eran jóvenes. Están muy tristes de verse viejitos” (Sofía – Lámina 9 – Institución privada).

- “La vejez y tú sabes que las abuelas dependen de la familia. Aquí la mayoría está sola, dependen de la familia pues, a la mayoría la mandan al ancianato. Pero si están con su familia pueden estar mejor” (Laura – Lámina 1 – Institución privada).

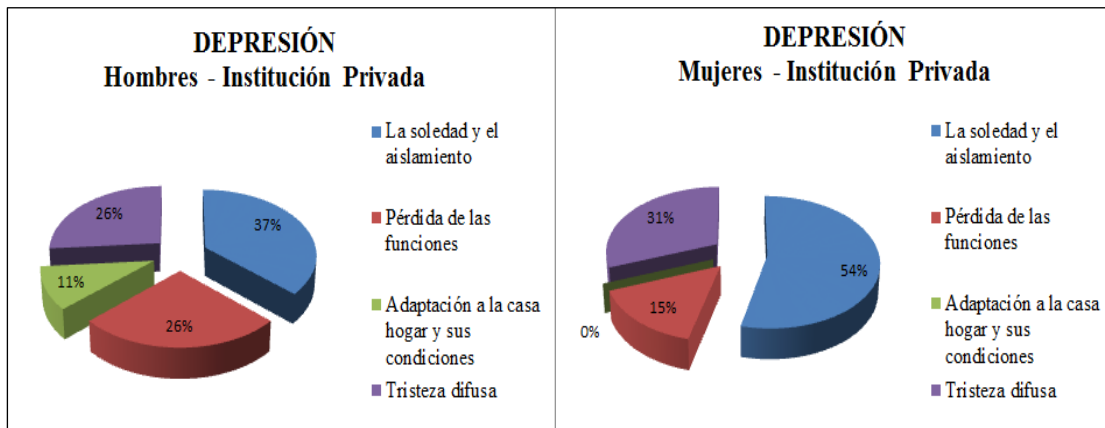


Figura 17. Depresión en hombres y mujeres adultos mayores de una institución privada, según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT).

La figura 18 muestra que en cuanto a la depresión, hombres y mujeres lo expresaron en igual medida, sin que exista alguna diferencia, lo cual puede deberse a que las condiciones precarias del centro afectan de igual manera a ambos sexos sin importar el deterioro cognitivo.

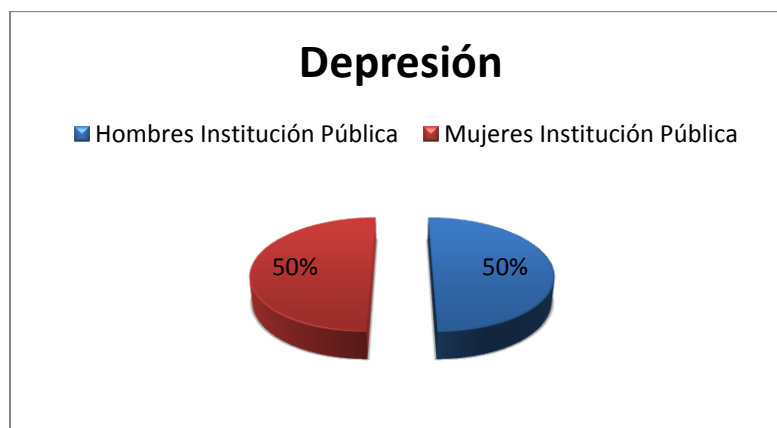


Figura 18. Depresión de acuerdo al sexo en adultos mayores residentes de institución pública (Hogar Villa Aconcagua), según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

En la figura 19 se puede apreciar la diferencia en hombres y mujeres de una institución pública en cuanto a la manifestación de la depresión. En el criterio de “la soledad y el

aislamiento” se aprecia el mayor porcentaje de todos los criterios tomados en cuenta para estas variables, mostrándose un mayor presencia en mujeres que en hombres. En el factor de la “pérdida de las funciones” se observa una diferencia poco llamativa entre ambos sexos, pero se hace más presente en hombres, lo cual indica que este factor tiene mayor peso en los mismos. En la “adaptación a la casa hogar y sus condiciones” se aprecia que a los hombres se les dificulta o les afecta en mayor medida que a las mujeres. Por último, los hombres tienen muchas más expresiones de tristeza difusa que las mujeres, pudiéndose deberse a que a estas últimas suelen expresar en mayor medida la razón de su sentimiento de tristeza. Algunos verbatim tomados del SAT que demuestran lo dicho anteriormente:

- “¡Ay, amor perdido! Está llorando acerca de un amor perdido, quizás la abandonó o la dejó” (Michelle – Lámina 12 – Institución pública).
- “Este es un paciente que está enfermo y deprimido” (Sebastián – Lámina 10 – Institución pública).
- “Están obstinados, fastidiados, aburridos de la situación de la casa y se quieren ir” (Julieta – Lámina 7 – Institución pública).
- “¡Ay pobre mujer! Está llorando con sinceridad, con tristeza, ¿será porque se le van los hijos?, debe ser que se le van y ella se queda sola” (Claudia – Lámina 12 – Institución pública)

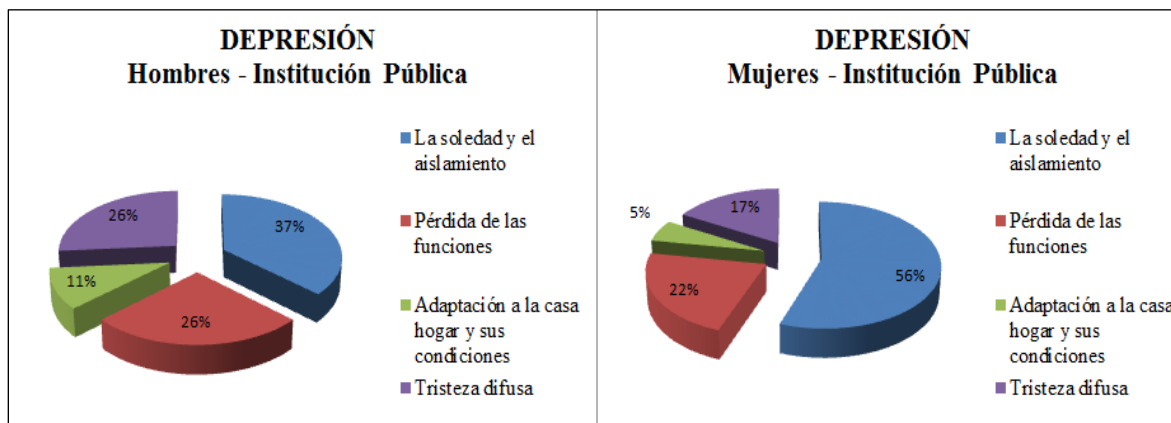


Figura 19. Depresión en hombres y mujeres adultos mayores de una institución pública, según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT).

En la figura 20 se muestra que los hombres de la institución pública manifestaron mayor depresión que los hombres de la institución privada, lo cual se debe a que los hombres de la institución pública no tienen visitas de sus familiares y la mayoría de estos no tienen con quién conversar en el centro, ya que comparten habitación con personas que han perdido el habla o están gravemente afectados en cuanto a la cognición. Por otro lado, no cuentan con actividades de recreación, exceptuando el dominó. Adicionalmente, muchos han perdido algunas facultades como el caminar y el poder salir del centro en ocasiones, lo cual aumenta su depresión. En la institución privada, se cuenta con fisioterapia, para mejorar el desempeño de los adultos mayores; se tiene una biblioteca y televisión para mantenerse informados y se mensualmente se hace una celebración de los cumpleaños del mes. Aunado a esto, en este centro, las visitas de los familiares de los residentes son más frecuentes, e incluso, tienen el permiso de salir con estos a realizar a alguna actividad o pasar la noche en casa de sus familiares y luego regresar a la institución.

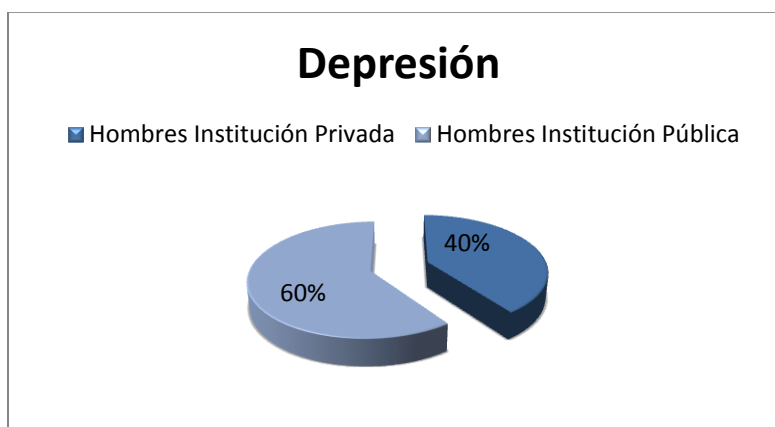


Figura 20. Depresión en hombres adultos mayores de acuerdo al tipo de institución, según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

En la figura 21 se muestra que no existen diferencias entre hombres de una institución pública y una privada en cuanto a depresión según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT), observándose puntajes iguales en ambos casos, lo cual es bastante llamativo y puede deberse a que los hombres de ambos centros expresan en misma medida lo que sienten, por lo que al analizar otros criterios más específicos en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, donde no se necesita contar historias sino responder preguntas específicas, la diferencia se logra manifestar con claridad.

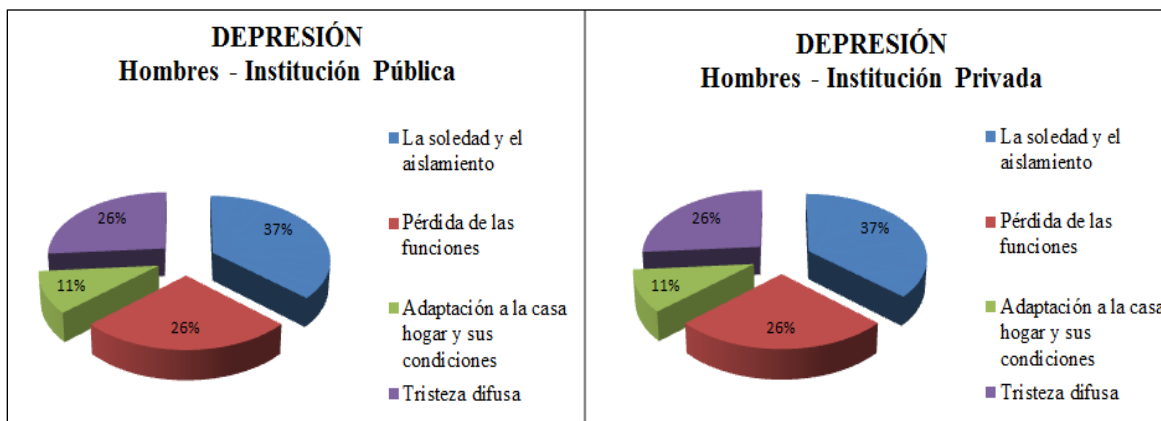


Figura 21. Depresión en hombres adultos mayores de una institución pública y una institución privada, según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT).

En la figura 22 se observa que la depresión es mayor en las mujeres de la institución pública (Hogar Villa Aconcagua) que en las mujeres de la institución privada (Hogar San José), lo cual se debe no solo a que el deterioro cognitivo es mayor en las primeras, sino además a lo que se ha mencionado con anterioridad, lo cual hace referencia a que las mujeres de este centro público no gozan de privacidad en el centro, ya que deben bañarse todas juntas, se les prohíbe pararse de donde están y hablar entre ellas, las visitas de sus familiares son poco constantes o inexistentes, no cuentan con ningún tipo de actividad recreativa, deben compartir habitación con personas que poseen enfermedades psiquiátricas sin que exista ningún tipo de clasificación, las comidas no son suficientes y la mayoría sufre de desnutrición. También, hacen llamados constantes al personal que no son atendidos. En el caso de las mujeres de la institución privada, reciben visitas constantes de sus familiares y tienen autorización para salir del centro con o sin ellos, lo cual les permite realizar cualquier actividad que deseen e incluso, comprar comida de su preferencia si no están conformes con los que se les suministra en el centro. Además, cuentan con un salón de peluquería, donde cada cierto tiempo van algunos estudiantes de este oficio a practicar con ellas y hacerles el servicio sin ningún costo. Adicionalmente, los cumpleaños son celebrados una vez al mes, donde se ofrece una reunión especial a los agasajados.

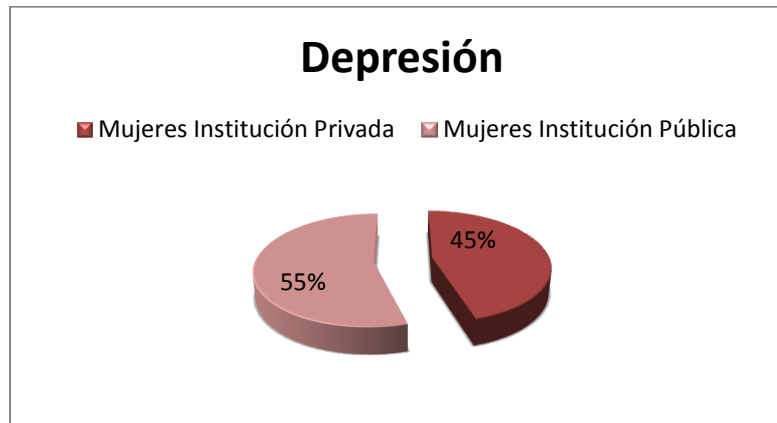


Figura 22. Depresión en mujeres adultas mayores de acuerdo al tipo de institución, según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

A continuación, en la figura 23 se presentan las diferencias entre mujeres de una institución pública y una institución privada en cuanto a la depresión, según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT). Se observan puntajes similares en cuanto a “la soledad y el aislamiento”, demostrando que en ambos casos se vivencian de maneras parecidas. En cuanto a “la pérdida de las funciones”, las mujeres de la institución pública se encuentran mayormente afectadas que las de la institución privada. En el tercer criterio, solo las mujeres de la institución pública presentan inconvenientes en cuanto a la adaptación a la casa hogar y sus condiciones. Por último, en cuanto a la expresión de sentimientos de tristeza sin motivo específico, se observa que las mujeres de la institución privada obtuvieron puntajes mayores a las mujeres de la institución pública. Tomando en cuenta tanto los aspectos de las escalas como los del SAT, se puede observar que los resultados obtenidos en las escalas donde las mujeres de la institución pública se ven más afectadas, lo cual es explicado en mayor medida al criterio de soledad y aislamiento, además del deterioro cognitivo y las condiciones de la casa hogar.

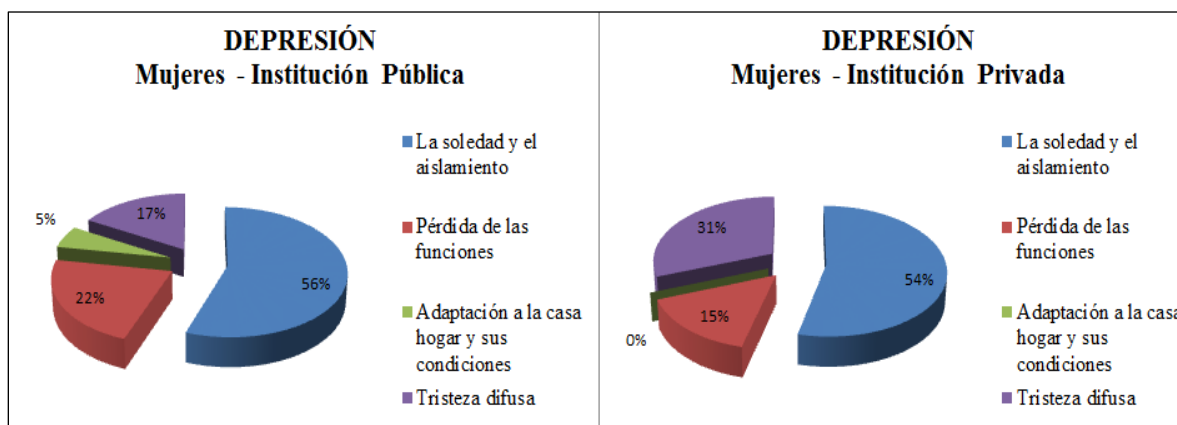


Figura 23. Depresión en mujeres adultas mayores de una institución pública y una institución privada, según el Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT).

5.2 Resumen de los resultados cuantitativos:

Tabla 2.

Diferencias obtenidas de acuerdo al tipo de institución.

Mujeres – Hombres (Institución Pública)	Vs.	Mujeres – Hombres (Institución Privada)
Deterioro cognitivo	>	Deterioro Cognitivo
Depresión	>	Depresión
Ansiedad	<	Ansiedad

Tabla 3.

Diferencias de acuerdo al sexo en institución privada.

Mujeres (Institución Privada)	Vs.	Hombres (Institución Privada)
Deterioro cognitivo	≥	Deterioro Cognitivo
Depresión	>	Depresión

Ansiedad > Ansiedad

Tabla 4.

Diferencias de acuerdo al sexo en institución pública.

Mujeres (Institución Pública)	Vs.	Hombres (Institución Pública)
Deterioro cognitivo	>	Deterioro Cognitivo
Depresión	>	Depresión
Ansiedad	>	Ansiedad

Tabla 5.

Diferencias entre mujeres de acuerdo al tipo de institución.

Mujeres (Institución Privada)	Vs.	Mujeres (Institución Pública)
Deterioro cognitivo	<	Deterioro Cognitivo
Depresión	<	Depresión
Ansiedad	>	Ansiedad

Tabla 6.

Diferencias entre hombres de acuerdo al tipo de institución.

Hombres (Institución Privada)	Vs.	Hombres (Institución Pública)
Deterioro cognitivo	≤	Deterioro Cognitivo
Depresión	>	Depresión

Ansiedad

<

Ansiedad

5.3 Análisis cualitativo.

Luego de haber realizado entrevistas a los adultos mayores que participaron en este estudio y tratar de comprender cómo se sentían, se ha logrado realizar un análisis categorial en conjunto con las teorías revisadas que pretende organizar los contenidos encontrados en dichas entrevistas para darles una mejor comprensión y abordar el tema desde una visión más humana, donde se toma en cuenta lo que siente y lo que tiene que decir el adulto mayor institucionalizado, tanto de manera pública como de manera privada.

Categoría 1. La admisión:

En cuanto al proceso de institucionalización del adulto mayor, se debe tomar en cuenta las razones para su ingreso y cómo es vivido por este en un principio y en la actualidad. Según una investigación realizada por De los Reyes (2007), una escasa proporción de los ancianos institucionalizados toma la iniciativa en la decisión de residir en un geriátrico en nuestro contexto, lo cual concuerda con esta investigación, donde los familiares de los entrevistados participaron en la toma de decisión de la institucionalización y solo un entrevistado fue quién tomó la decisión por sí mismo:

“Mi hijo me trajo para acá (...) Me iba a abandonar aquí (...) realmente es lo que ha hecho, no ha venido nunca” (4).

“Mis hijas me trajeron para quedarme de albergue pues yo no dispongo de casa propia ni nada” (6).

“Bueno, mi hermano hizo diligencias y para aquella época había puesto y bueno, me dejó aquí” (7).

“Ingresé por (...) yo solito, por recomendación de una señora en un ambulatorio” (3).

Los problemas de salud del adulto mayor también es uno de los motivos o causas principales para la institucionalización del anciano, ya que sus familiares o cuidadores no cuentan con el tiempo necesario para darles los cuidados que estos necesitan. La preocupación constante y la

tensión que origina el cuidado del anciano, la cantidad de tiempo invertido y el esfuerzo físico, repercuten en el desarrollo normal de los cuidadores (De los Reyes, 2001):

“Me hospitalizaron y me hicieron muchos exámenes (...) Después de allá, mi hijo me llevó a la casa mientras conseguía una casa hogar y cuando la consiguió me trajo para acá pero yo ya estaba bien” (1).

“Ingresé por alcohol y una ulcera varicosa” (2).

“Llegué enfermo (...) tuve una intoxicación más o menos. Hablamos con el médico y él dijo que era mejor que estuviese aquí para estar más tranquilo en el sentido de no tener obligaciones ni nada” (8).

Las residencias geriátricas se presentan como una alternativa para habitar la ancianidad, se presentan ante los sujetos como sus nuevos “hogares”, y aunque al principio pueden ser vistas como una opción para vivir mejor, esta visión va cambiando con el paso del tiempo cuando el adulto mayor empieza a experimentar los cambios de rutinas y la soledad (Davobe, 2000). En esta investigación podemos ver cómo existe una diferencia entre las personas de la institución pública y la institución privada, siendo las primeras las que manifiestan mayor cantidad de quejas por vivir allí.

“Bueno, dándole gracias a Dios que me recoja (...) agradecida hasta que el señor se apiade de mí” (4).

“Yo sabía que era para mejorarme (...) yo estoy bien aquí” (8).

“Me parece un lugar bonito, no sé, me gustó” (9).

“Yo pensaba que iba a estar mejor, me quedé tranquila porque andaba en silla de ruedas” (1).

“Me sentí conforme, pues ya era una decisión tomada” (2).

“Imagínese, yo estaba toda angustiada y me trajeron las hermanitas y el padre y todo y aquí me quede y ahora, que ya gracias a Dios me operaron” (4).

“Bueno, tengo que quedarme aquí porque mi hijo no me va llevar a la casa para quedarme sola allá. Me moriré aquí, será” (1).

“Me toca soportar porque no tengo a donde ir” (3).

Categoría 2. La otra vida:

Pareciera que los adultos mayores institucionalizados sienten que su vida no es la misma desde que llegan a la casa hogar y añoran su “vida pasada”, recordando las personas con las que vivían y las relaciones con estas, sus empleos, entre otras cosas:

“Yo vivía con una señora que no era mi esposa y se me fue para el extranjero. Ella era extranjera” (2).

“Yo vivía con mi hermano, ese que te había dicho que tiene cáncer, pero teníamos muchos problemas por la caña (...) con ese hermano era imposible vivir” (3).

“Vivía con mi esposo (...) Nosotros nunca tuvimos hijos” (4).

“Estaba con mi hija y con mi nieto” (5).

“Yo tengo muchos años viviendo solo, desde que me separé de mi esposa, que es la madre de mis hijos” (6).

El rememorar a qué se dedicaban antes de ingresar a la institución es mencionado con emoción y al mismo tiempo con tristeza ya que es el recuerdo de que han perdido parte de su independencia al ser institucionalizados:

“Yo era mecanógrafa en inglés, yo no entendía lo que transcribía pero hacía mi trabajo excelente” (1).

“Yo trabajaba en la alcaldía de Chacao (...) yo trabajaba en la alcaldía, pero le di el puesto, por incapacidad, a otra persona” (4).

“Yo soy masajista y me encanta hacer masajes (...) A mí me encanta dar masajes anti entrés porque yo trabajo, trabajé pues, de eso” (5).

“Yo soy psicólogo egresado de la UCV, Universidad Central de Venezuela (...) trabajé muchos años en el área de recursos humanos” (6).

“De contador. En el último trabajo duré 27 años” (8).

Categoría 3. Las pérdidas:

En el proceso de institucionalización, el adulto mayor vive una gran cantidad de pérdidas, la cuales están relacionadas con personas significativas para ellos, la manera en la que vivían su vida antes de ingresar a la institución, la pérdida de la independencia y también, de algunas facultades físicas y/o mentales.

“Recién llegada aquí en la casa, estaba más tranquila. Ahora me siento muy mal porque ya me está costando hacerme las cosas yo sola, ya me cuesta” (2)

También se vive la separación de la familia como una gran pérdida que afecta el estado anímico del adulto mayor. Además, en ocasiones le toca enterarse de la muerte de algunos familiares mientras se encuentra institucionalizado, incrementando sus sentimientos disfóricos y pudiendo llegar a la depresión:

“Mi hijo me trajo para acá (...) Me iba a abandonar aquí (...) realmente es lo que ha hecho, no ha venido nunca” (4).

“Nosotros éramos cinco hermanos pero todos se han muerto. Uno de ellos le dio sarampión y parece que eso afecta el corazón, él fue el primero que murió. Las demás éramos hembras (...) mi esposo ya tiene como veinte años de muerto” (1).

“Porque el día que murieron mi mamá y mi papá (...) los atendí a los dos hasta que murieron (...) Mi papá murió en mis brazos” (6)

Cuando se murió mi marido yo quedé como perro sin amo (...) A mí todavía me produce tristeza la muerte de mi marido, y hace 22 años de esa vaina y todavía puedo ver cómo murió (...) A mí me tomó un año recuperarme, aceptar que había muerto (9).

Categoría 4. La vida en la casa hogar:

En la institucionalización, el adulto mayor pierde casi toda su independencia y debe llevar su vida en función de la normativa de la institución en la que se encuentre, se les estipula un horario para dormir, para las comidas (se les estipula también qué comida para qué día), para recibir visitas, para controles médicos, se les asigna un dormitorio para dormir y, la mayoría de las veces, un compañero de cuarto: según una investigación realizada en tres países latinoamericanos, en Argentina, el 90% de los ancianos que se encuentran institucionalizados comparten el dormitorio. (Huenchuan, 2009).

“Bueno, aquí es así, empezamos la mañana con la misa, y luego viene el rosario (...) luego la comida y esas cosas” (4).

“Ay hija. Nada, nada, porque aquí no se hace nada” (5).

“Bueno, después del desayuno tenemos, tres veces a la semana, esta actividad (fisioterapia), otros días tenemos a los señores que pinchan, que es en la tarde” (9).

“A las ocho ya quieren que uno tenga todo apagado” (2).

Otro punto que se encuentra vulnerado en estas instituciones es la privacidad del sujeto. El anciano expone, en la convivencia con extraños, aspectos que son considerados de su intimidad (Barenys, 1993). Además, expone su salud al compartir en un mismo lugar con tantas personas. En el caso de esta investigación, los adultos mayores de la institución pública son quienes expusieron mayor malestar y quienes muestran encontrarse más expuestos, ya que comparten el cuarto hasta con cuatro personas y usan un mismo baño para todos, mientras que en la institución privada se comparte el cuarto con una o dos personas más y en cada habitación hay un baño.

“Tú te metes al baño y te están apurando, te estás vistiendo y te abren la puerta o entra alguien, te estás poniendo un sostén y no sabes quién va a entrar, me roban mis cosas, mi maquillaje, todo. Todo eso me pone nerviosa” (1).

“No hay aseo, falta mucho el agua y los baños se ponen... Uno tiene que ir al baño a hacer sus necesidades así este lleno de los de otros, de pupú o lo que sea (...) el papel lo tenemos que comprar nosotros. Los medicamentos también faltan (...) Unas tienen sarna” (1).

“Aquí no hay aseo. Eso es sanidad porque aquí hay sarna. No nos vacunan y no nos bañan” (2)

“Bueno, ahí ponen a dormir con uno personas demente y todo eso, unas tienen sarna. Si me descuido, la compañera demente me quita la cobija y se arropa con ella y ya no me puedo arropar porque ella la usó y me toca dormir sin cobija hasta que me la laven” (4)

En la institución privada se mostró mayor independencia por parte de los adultos mayores, los cuales realizan las actividades que quieran siempre y cuando su condición física y cognitiva se los permita, mientras que en la institución pública son pocas las personas que han logrado mantener este estilo de vida, ya que se les exige mantenerse sentados, lo cual fue observado por las investigadoras de este estudio:

“Aquí puedo pasar el día acostada si quiero (...) yo hago lo que quiera. A la hora de comer (...) dejo casi toda la comida pero algo como. Después me vuelvo a acostar, duermo un ratito más y me levanto, me baño, veo televisión y así paso el día” (1).

“Me levanto a las cuatro y cuarto, y a un cuarto para las cinco salgo de este cuarto. Me voy al comedor a ayudar (...) En la mañana no tengo tiempo hasta que me voy a las siete a la misa. Luego no hago nada, solo los mandados que me mandan a hacer a veces las muchachas que trabajan aquí y eso, entonces yo salgo a la calle y les hago eso. Cojo un libro cualquiera y me pongo a leer, me fastidio y cojo un cigarro, lo prendo, lo apago a la mitad y sigo leyendo. Así ando (...) En la noche quisiera acostarme porque me encuentro cansado de la pierna pero tengo que tomar mis pastillas y entonces no me puedo dormir, así esperando hasta las nueve porque me da miedo que me de sueño, aunque a esa hora me tomo la pastilla para dormir” (3).

“Yo soy muy religiosa, yo hago mi rosario, hago la hora de la divina misericordia, le hago visita a Jesús sacramental” (4).

“Actualmente, descansando y oyendo la radio y noticia. Me gusta estar pendiente de la situación” (7).

“En las mañanas después del desayuno salgo para la parte de debajo de Los Dos Caminos. Entonces tomo café y compro periódico y me lo leo por allá y después regreso. En la tarde a veces salgo a alguna diligencia que tenga que hacer. El resto del día lo paso leyendo. En la noche no hago casi nada, lectura y a dormir” (8).

“En la mañana yo tejo, yo tejo muchísimo. Tejo, coso, bordo” (9).

Diversos autores sostienen que la institucionalización no permite la rehabilitación de los ancianos en los que la misma es posible, y que por el contrario frecuentemente aísla y disminuye las capacidades de integración social (Catells, 1993). Según De los Reyes (2007), Las actividades recreativas consisten básicamente en el festejo conjunto de los cumpleaños, lo cual concuerda con esta investigación, donde se pudo observar que en la institución privada se les realiza el festejo de sus cumpleaños y como actividad adicional tienen la posibilidad de ir a la biblioteca, asistir a fisioterapia o jugar dominó en la terraza, mientras que en la institución pública no existen actividades para los adultos mayores que allí residen, lo cual es evidenciado en el primer verbatim:

“No, nada. Al contrario, a las ocho ya quieren que uno esté durmiendo. No les gusta que uno vea noticias y que la televisión esté prendida. A veces vienen los evangélicos, nada más.” (2)

“Solo fisioterapia” (6)

“Al final de cada mes hacen una reunión para los cumpleaños del mes y ponen comida y se les canta cumpleaños” (8)

Para Hitzig (1993) las recurrentes conductas de silencio, inactividad manifiesta y aislamiento, la apatía generalizada y el desinterés en las actividades recreativas adquieren un status de normalidad no cuestionado mientras que no se contradiga la planificación de la institución y afirma que no se sabe cuánto del deterioro cognitivo de un adulto mayor es producto simplemente del silenciamiento de su entorno, más que de su enfermedad intrínseca.

Categoría 5. Las tristezas:

Existe una gran cantidad de trastornos depresivos en la vejez institucionalizada, pero no existen los profesionales suficientes en este ámbito para diagnosticar de manera correcta a estos ancianos (De los Reyes, 2007). En este estudio se ha pedido a los participantes que definan lo que para ellos es la tristeza y la mayoría la coloca como sinónimo de la soledad y de pérdida de un ser querido:

“La soledad (llora) y veo que mi hijo también está solo porque él está separado de la esposa” (1).

“Cuando me encuentro solo y lo único que quisiera es estar acostado” (3).

“La tristeza es que pienso que van a venir mis hijos y no vienen y eso me pone triste y provoca ponerme a llorar y eso” (5).

“La tristeza es una descompensación de la actitud de vivir, de gozar de la vida” (6).

“La tristeza es perder a alguien” (9).

“Yo tengo mucha familia pero ninguno dijo “véngase para acá”. En Rio Chico (...) me sentía solo muy solo y enfermo y mal, me vine al seguro y me operaron. Después de la operación empecé a sentirme mucho más triste” (3).

“Yo me siento solo, aquí no viene nadie” (3).

“He tenido épocas de muchas tristezas (...) Por lo menos cuando murió mi esposo” (4).

“La pérdida de la vida de alguna persona querida. Algo como eso. Una situación así que me ha hecho sentir triste. Entristecerme pues” (6).

Además, como hemos visto anteriormente, estos sentimientos disfóricos son resultado de la institucionalización y de todo lo que implica la misma:

“A mí me da tristeza ver a los demás en sillas de ruedas y otros que no se paran de la cama, esas son muertes dolorosas, pero bueno, son designios de mi Señor” (3).

También existen adultos mayores que intentan ocultar lo que sienten para no considerarse “una carga” para los empleados de la institución o sus familiares:

“Yo no me siento triste. Tengo mis momentos de angustia y esas cosas pero de sentirme triste, deprimido o depravado, no, nada de eso” (6).

“No existe (...) No. Se puede sentir uno de momentos decaído por algo, pero sin pensar en tristeza” (7).

“Yo nunca he estado triste. Es triste estar triste” (8).

“Yo no le digo mucho a mi hijo que estoy así porque él se mortifica mucho cuando me ve así. Él me viene a visitar y se va preocupado de cómo me veo” (1).

Categoría 6. Ansiedades:

En cuanto a la ansiedad, para los adultos mayores institucionalizados que participaron en este estudio esta tiene un significado que se encuentra relacionado con la insatisfacción y el sentirse incompletos:

“Estar nerviosa como estoy ahora” (1).

“La ansiedad es como cuando la persona tiene un vicio, un deseo así que lo incite pues a eso” (2).

“Es lo que uno siente” (5).

“La ansiedad es un deseo no satisfecho de tener alguna cosa que puede resultar muy inalcanzable, entonces produce esa situación denominada “ansiedad”. Se presenta para poder lograr un objetivo, alguna meta” (6).

“Ansiedad es querer, obtener” (7).

“Querer algo y no poder tenerlo. La ansiedad es querer algo” (9).

Algunas situaciones o razones generadoras de ansiedad en estos adultos mayores son las vivencias de la institucionalización y el estar lejos de sus familias.

“Ahora estoy más –ansiosa- que nunca. Tú te metes al baño y te están apurando, te estás vistiendo y te abren la puerta o entra alguien, te estás poniendo un sostén y no sabes quién va a entrar, me roban mis cosas, mi maquillaje, todo. Todo eso me pone nerviosa” (1).

“Bueno, le diré sinceramente... la ansiedad o la angustia era por mi salud, (...) Estoy baldada de la incomodidad de trasladarme (...) esa es mi angustia” (4).

“Eso mismo que te estoy explicando de que no vengan mis hijos” (5).

“Yo no sé porque me da tanta ansiedad que la gente se ponga a hablar detrás de mi ventana y están a veces hasta las 12 de la noche. Me da ansiedad porque hablan, no tanto de qué hablan pero por qué lo hacen” (9).

Categoría 7. Acerca de la muerte:

Algunos adultos mayores de este estudio mostraron sentirse ansiosos al hablar sobre la muerte, bien sea porque es algo que esperan o por una vivencia del pasado:

“Yo no me quiero morir, pero pienso que ese día va a llegar y que no sé qué será la muerte y para dónde va a ir uno. Yo le pido a Dios que me muera como dormida, que no me ponga grave, que no me tengan que llevar a una clínica sola” (1).

“He estado casi para morirme, sí (...) Estuve casi a punto de que me raparan y en un enfrentamiento militar. Me dieron un tiro aquí (se alza el mono y muestra el muslo), que eso son el resultado de eso (ulcera varicosa) pues, después de dos años yo trabajaba en una finca y usaba unas botas de goma y me salió una burbujita, y después un médico aquí en caracas me dijo que eso era resultado de eso, porque me quedó poca circulación” (2).

“Solo tuve miedo una vez, cuando mi madre estaba viva y mi esposo. Porque yo decía: Ay Dios mío (...) ay papá lindo, tu no me puedes llevar a mí porque, cómo va a quedar ella. Y mira, se la llevó (...) Y con mi esposo igual” (4).

Se teme a la muerte por diferentes razones: la pérdida del sí mismo, lo desconocido más allá de la muerte, el dolor y el sufrimiento, la pérdida de oportunidad para la expiación y salvación, y el bienestar de los miembros supervivientes, siendo todas éstas fuentes de miedo a la muerte (Ibarzábal, 2003). Los adultos mayores de esta investigación no parecen tener miedo a la muerte:

“No, porque pienso que es Dios es quien decide (3).

“No. Preferiría morirme e irme para el carrizo de una vez para no tener que darle guerra a nadie y que no tengan que estar pendiente de mí” (5).

“No, porque considero que es una cuestión inherente a todo ser humano. Nacemos para vivir y morir” (6).

“No es que diga que no tenga miedo a morir, es solo que, no sé qué es eso y ya. Prácticamente, no. Hay muchos que dicen: Mira y ¿tú sientes miedo? Y yo me acostumbre a decir: Esa palabra no la conozco” (7).

“No he tenido miedo. He visto morir a mucha gente. He visto morir a toda mi familia. A todas mis hermanas, mi padre, mi madre” (9).

Categoría 8. Las fuentes de placer:

Además se quiso preguntar acerca de lo que los hace feliz, ya que sería de gran ayuda para plantear nuevas propuestas que eviten la apatía descrita por De los Reyes (2007), donde asegura que en la mayoría de las instituciones para ancianos no se les ofrece actividades, pero en la que se les ofrece, el clima presenciado es de desinterés y desmotivación. En esta investigación se puso observar que la alegría no es proveniente de las actividades que se puedan realizar, sino del interés y la compañía del otro.

“Estar contento, tener con quien conversar, tener compañía” (1).

“Hablar con alguien, por ejemplo, con personas que lo entiendan a uno” (3).

“La alegría es un sentimiento de profunda compensación, es agradable. Sentirse bien con todo, con todo el mundo, con lo que nos toca y nos ha tocado vivir” (6).

“Estar contento” (8).

“Ser feliz. Ser feliz” (9).

De los Reyes (2007), asegura que la presencia continua de los familiares en los geriátricos contrarrestaría los efectos adversos de la institucionalización para los ancianos: aislamiento social, soledad, apatía, inactividad y surgimiento o reforzamiento de diversas patologías. La importancia de la participación de los familiares en la vida del adulto mayor institucionalizado se muestra en este estudio al preguntarles en qué momentos se han sentido feliz y recibiendo cómo respuestas todo lo relacionado al acercamiento familiar.

“Antes, cuando estaba reciente aquí. Pensé que iba a ser distinto” (1).

“Bueno, yo me he sentido varias veces contento, por lo menos cuando tuve mi primer ahijado, que lo bautice, me contenté mucho” (2).

“Bueno, en algunas oportunidades sí, pero si lo siento a veces cuando hablo con mi hijo (...) Yo me he sentido alegre porque me pongo a pensar positivamente y veo las cosas diferente” (5).

“Sí, cuando me casé. Me sentí infinitamente feliz” (9).

Categoría 9. Lo que vendrá:

Por último, el adulto mayor institucionalizado parece ingresar al geriátrico con la idea de que es allí el lugar en el que debe sentarse a esperar la muerte, ya que es lo que expresaron al preguntarles sobre su futuro:

“Ya estaré muerta (...) Yo hice un documento para que me cremen y pagué todo para cuando ese día llegue” (1).

“Bueno, muerta. Si me empiezo a seguir poniendo vieja, vieja, vieja y no me puedo parar, prefiero morirme de una vez” (5).

“Bueno, me imagino lógicamente que la vida va declinando hasta que uno se marcha de este planeta, de este mundo” (6).

“Espero que muerta –se ríe- Vieja, vieja, viejita y chocha” (9).

Algunos de los entrevistados mostraron interés por un futuro, sabiendo que aunque están en la etapa final del ciclo vital, aún son personas útiles:

“¿Cómo me veo yo o como me veré? Bueno, me veré más viejo, con más edad. Me veré con más edad” (2).

“Me imagino activo, pudiendo valerme por mi mismo, como ahorita” (3).

“Imáginese. Más vieja. Pero le pido al señor que en la hora que ya no pueda, que me mande a llamar” (4).

“Bueno, mejor de la rodilla para poder salir tranquilo” (8).

VI. DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación fue realizado con la finalidad de conocer el deterioro cognitivo, ansiedad ante la muerte y depresión en adultos mayores de acuerdo al sexo y al tipo de institución, y establecer comparaciones. El estudio contó con una muestra de 22 adultos mayores de ambos sexos, residentes de una institución geriátrica pública y una privada. A cada participante se administró el Cognistat para determinar la presencia o ausencia de deterioro cognitivo, la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, el Test de Apercepción para Edades Avanzadas y una entrevista semiestructurada que permitió dar una visión más amplia de lo vivido por cada adulto mayor en su institucionalización.

Al realizar una integración de los resultados arrojados por este estudio y las teorías revisadas, se puede decir que existen diferencias llamativas entre un tipo institucionalización y otra, no sólo en condiciones, como lo han referido los participantes, sino también en el deterioro cognitivo, ansiedad ante la muerte y depresión presentes en los adultos mayores que allí residen.

Los adultos mayores (hombres y mujeres) que residen en la institución pública manifestaron deterioro cognitivo y depresión mayores que aquellos que se encuentran en la institución privada, lo cual no sólo podría estar vinculado con la edad, sino también a las condiciones de cada institución. Los participantes de la institución pública refirieron sentirse inconformes con el hecho de vivir en ese lugar y expresaron la ausencia de atención adecuada, pues la comida era proporcionada en pocas cantidades (por ejemplo: una arepa pequeña sin relleno y un vaso de agua en el desayuno, una taza de crema de verduras y arroz en el almuerzo y un trozo de pan o una arepa pequeña en la cena), las condiciones sanitarias de la casa no eran las adecuadas (todos los participantes padecían sarna y el lugar estaba repleto de moscas), no contaban con médicos en el centro y no existía ningún tipo de actividad para su estimulación. Por otro lado, describieron que no se les permitía ver televisión y no contaban con libros o periódicos que les permitiesen mantenerse actualizados y en ejercicio de sus funciones mentales.

En cuanto a las diferencias según el sexo de los adultos mayores que residían en la institución pública, las mujeres mostraron deterioro cognitivo llamativamente mayor que los hombres del mismo centro, lo cual coincide con la teoría revisada en este estudio y con las condiciones en las

que estas se encontraban expuestas a diario. Las mujeres de esta institución, para el momento en que fue realizado el presente estudio, debían mantenerse sentadas en un círculo y en silencio todo el día hasta que llegara la hora de dormir, mientras que a los hombres se les tenía permitido jugar dominó, caminar por la casa si así lo deseaban e incluso salir si tenían permiso de sus familiares. Esto último dependía de los enfermeros y cuidadores encargados de los residentes, ya que se observó que los cuidadores de los hombres eran quienes permitían que se realizaran estas actividades, mientras que los cuidadores de las mujeres exigían que estas se mantuviesen reunidas en un solo lugar de la casa para tener mayor control en las situaciones que se pudiesen presentar.

Las diferencias en cuanto al sexo en la institución privada, en términos de deterioro cognitivo, se mantuvieron parejas, aunque las mujeres manifestaron un mayor deterioro en sus funciones, lo cual coincide con la revisión teórica realizada.

Los hombres de ambas instituciones mostraron niveles similares en torno al deterioro cognitivo. Aunque la diferencia de las medias no es elevada, dicha diferencia puede deberse en parte a que los hombres de la institución privada tenían acceso a una biblioteca de donde podían retirar libros constantemente, permitiendo mantener en ejercicio sus funciones mentales, mientras que los hombres de la institución pública no contaban con estos recursos.

En cuanto a la ansiedad ante la muerte, los adultos mayores de la institución privada la expresaron en mayor medida que quienes residen en la institución pública, este hallazgo puede relacionarse con el deterioro cognitivo, ya que Alonso y Calvo (2001) aseguran que dicho deterioro (el cual es menor en los hombres de la institución privada) puede deberse a que los hombres de la institución privada están mucho más conscientes de que se encuentran en la última etapa de sus vidas y esto produce mayor ansiedad.

En hombres y mujeres de la institución privada y en hombres y mujeres de la institución pública, se muestra una diferencia en cuanto a la ansiedad ante la muerte, siendo mayor en las mujeres, ya que estas expresaron en mayor medida que los hombres su ansiedad ante la muerte.

Los hombres de la institución privada manifestaron mayor grado de ansiedad ante la muerte que los hombres de la institución pública, lo cual, según las teorías consultadas, se puede deber a

que los hombres de la institución privada están mucho más conscientes de que se encuentran en la última etapa de sus vidas y esto produce mayor ansiedad.

Se evidenció mayor grado de ansiedad ante la muerte en las mujeres de la institución privada que en las mujeres de la institución pública, entre otros factores, esto puede deberse a que las mujeres de la institución privada están mucho más conscientes de que se encuentran en la última etapa de sus vidas y esto produce mayor ansiedad, además, estas mujeres manifestaron mayor capacidad de verbalizar lo que sienten.

En cuanto a la ansiedad desde la perspectiva de los participantes entrevistados, se expresa mediante los sentimientos asociados a la presencia de los cuidadores (en el caso de la institución pública) para que el anciano se apresure, siguiendo un horario, conjuntamente con el constante temor de ser despojados de sus pertenencias, aquellas más cercanas a su cuerpo, como el maquillaje y los productos de aseo personal, entre otras cosas. Igualmente, el temor a no poder resolver las necesidades básicas por la sensación de creciente deterioro y posterior inmovilidad de su cuerpo.

En torno a las diferencias encontradas de acuerdo al sexo, en la institución privada, las mujeres mostraron mayor ansiedad ante la muerte que los hombres, ya que las mismas verbalizaron su malestar a diferencia de los hombres. Las mujeres presentaron un porcentaje 33% referido a la preocupación por el bienestar de los familiares, 67% expresado en la preocupación por la salud y un 0% en miedo al sufrimiento, mientras que en los hombres se evidencia que su ansiedad ante la muerte tiene que ver en un 100% con la preocupación por la salud.

En la institucionalización pública, las mujeres manifestaron mayor ansiedad ante la muerte que los hombres, aunque dicha diferencia no tan llamativa, la misma se puede explicar de la siguiente manera: en las mujeres un 50% tiene que ver con el miedo al sufrimiento, un 33% de su ansiedad está relacionada a la preocupación por la salud y un 13% tiene que ver con la preocupación por el bienestar de los familiares; por otro lado, en los hombres solo un 20% de ansiedad hace referencia al miedo al sufrimiento, un 40% a la preocupación por la salud y un 40% a la preocupación por el bienestar de los familiares.

Se pudo apreciar que la ansiedad ante la muerte es mayor en hombres residentes de la institución privada que los de la institución pública, sin embargo la diferencia en cómo estos la expresan es muy marcada, ya que los hombres de institución privada, con un 100% expresaron su ansiedad a través de la preocupación por la salud, mientras que los hombres de institución pública la expresaron de la siguiente manera: 20% miedo al sufrimiento, 40% preocupación por la salud y el restante 40% a través de la preocupación por el bienestar de los familiares.

Las mujeres de institución privada presentaron mayor ansiedad ante la muerte que en las mujeres de la institución pública. En el caso de las mujeres institucionalizadas de manera privada, la ansiedad ante la muerte se manifestó de la siguiente manera: 67% hace referencia la preocupación por la salud, 33% a preocupación por el bienestar familiar y un 0% al miedo al sufrimiento. En el caso de las mujeres de la institución pública, 33% hace referencia la preocupación por la salud, 15% a la preocupación por el bienestar de los familiares y un 50% a lo que se refieren los miedos al sufrimiento.

En cuanto a la depresión, los adultos mayores de la institución pública la expresaron en mayor medida que quienes residen en la institución privada, lo está relacionado con el deterioro cognitivo, ya que en la institución pública existe un mayor deterioro cognitivo. Aunado a esto, quienes residen en este centro no son visitados con regularidad, no tienen con quien comunicarse, ya que comparten la habitación con personas que sufren de deterioro cognitivo grave e incluso que han perdido el habla; los cumpleaños no son celebrados y las salidas no están permitidas. No cuentan con actividades recreativas y la mayor parte de sus llamados al personal, no son atendidos. Además, no cuentan con la privacidad adecuada, ya que deben asearse juntos.

Respecto a las diferencias halladas de acuerdo al sexo, en la institucionalización privada, las mujeres manifestaron mayor depresión que los hombres, ya que lo expresan mucho más y se encuentra acompañado de un deterioro cognitivo mayor al de los hombres. En las mujeres, un 54% de depresión tiene que ver con lo referente a la soledad y el aislamiento, 15% a la pérdida de las funciones y un 31% a las tristeza difusa; mientras que en los hombres solo un 37% de depresión hace referencia a la soledad y el aislamiento, 26% a la pérdida de las funciones, un 11% a la adaptación a la casa hogar y condiciones y un 26% a las tristeza difusa

En la institucionalización pública, las mujeres manifestaron la depresión igual que los hombres, razones que se despliegan de la siguiente manera: en las mujeres, un 56% de depresión tiene que ver con lo referente a la soledad y el aislamiento, 22% a la pérdida de las funciones, 5% a la adaptación a la casa hogar y sus condiciones y un 17% a la tristeza difusa; mientras que en los hombres solo un 37% de depresión hace referencia a la soledad y el aislamiento, 26% a la pérdida de las funciones, un 11% a la adaptación a la casa hogar y sus condiciones y un 26% a la tristeza difusa.

La manifestación de la depresión es mayor en hombres residentes de la institución pública que los de la institución privada, pero los hombres de ambas instituciones obtuvieron los mismos porcentajes, mostrándose afectados de igual manera al momento de expresar lo que sienten: existe un 37% de este porcentaje de depresión que hace referencia a la soledad y el aislamiento, 26% a la pérdida de las funciones, un 11% a la adaptación a la casa hogar y sus condiciones y un 26% a la tristeza difusa.

Existe mayor depresión en las mujeres residentes de la institución pública que en las mujeres de la institución privada. En el caso de las mujeres institucionalizadas de manera pública, la depresión se despliega de la siguiente manera: 56% de depresión que hace referencia a la soledad y el aislamiento, 22% a la pérdida de las funciones y un 17% a la tristeza difusa. En el caso de las mujeres de la institución privada, 54% de la depresión hace referencia a la soledad y el aislamiento, 15% a la pérdida de las funciones, un 5% a la adaptación a la casa hogar y sus condiciones y un 31% a la tristeza difusa.

Es el caso de los participantes que se expresan acerca de las pérdidas asociadas a su condición: pérdidas de personas que fueron significativas y aún lo son desde el dolor, el recibir la noticia de la muerte de familiares, la pérdida de destrezas que los hace cada vez más dependientes, el carecer de un espacio personal donde reflexionar y protegerse de los sinsabores de un medio distinto al hogar.

En el caso de los adultos mayores ingresados en la casa hogar pública, se agrupan grandes incomodidades que contribuyen a la aparición de la disforia: desde las aguas estancadas de una cotidianidad sin estímulos ni cambios, hasta la imposibilidad de dedicarse a su cuerpo en la intimidad necesaria, pues hasta sus funciones corporales están normativizadas por un tiempo

estipulado para ejecutarlas y concluirlas. A eso se agrega el compartir el mismo espacio con adultos mayores en condiciones de grave deterioro mental y la inevitable consciencia de las muertes en las casa hogar de personas con quien habían hecho amistad.

VII. CONCLUSIONES

Tras el análisis de los resultados, los datos obtenidos permiten entender de una manera más clara la condición en la que se encuentran los adultos mayores institucionalizados en un centro público (Casa Hogar Villa Aconcagua) y un centro privado (Casa Hogar San José), en donde se compararon diversos aspectos, específicamente lo que refiere al deterioro cognitivo, es decir el desgaste de ciertas funciones mentales, la ansiedad ante la muerte, la depresión y su forma de asimilar su condición de interno.

En primera instancia, con relación al deterioro cognitivo presente en los adultos mayores de centro público y centro privado se utilizó la prueba Cognistat, la cual dejó ver que aquellos ancianos que se encontraban residenciados en un centro público poseían un deterioro más elevado que aquellos que se encontraban en un centro privado. Esto puede deberse, por un lado a lo que plantea Rojas (2006) referente a la existencia de un “síndrome” específico de institucionalización el cual generará una disminución de la capacidad cognitiva, apatía y disminución de autonomía; lo que daría pie a justificar dicho deterioro en los ancianos. Mientras que por otro lado, dichos valores pueden deberse a la sensación de abandono, falta de contacto con los familiares, como motivos internos de carácter biológico.

Para determinar y comparar la depresión entre los adultos mayores, uno de los instrumentos utilizados fue la escala de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. La prueba arrojó que los adultos mayores que residen en la institución pública obtuvieron expresiones de depresión mucho mayor que aquellos que se encuentran en la institución privada, muy similar a lo explicado anteriormente en torno al deterioro cognitivo, por lo que se podría decir deterioro podría influenciar la aparición de rasgos depresivos o viceversa, los rasgos depresivos podrían generar un deterioro de las áreas cognitivas, lo cual ha sido uno de los puntos más debatidos en el área de la psicología.

Al momento de evaluar la ansiedad ante la muerte, uno de los instrumentos utilizados fue la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer, está arrojó que aquellos adultos mayores que residen en la institución privada presentaron un mayor porcentaje que quienes residen en la institución pública. Si se toma en cuenta lo explicado previamente en la investigación, y que relacionándose con los dos resultados mencionados anteriormente, esto puede deberse a que a

menor deterioro cognitivo, mayor consciencia y entendimiento del mundo que lo rodea, lo cual incrementa su ansiedad ante la muerte.

Ahora bien, al momento de hacer comparaciones por sexo en torno a las áreas mencionada en los párrafos anteriores se encontraron los siguientes resultados.

- Los hombres de la institución pública obtuvieron resultados similares en torno al deterioro cognitivo que los hombres de la institución privada, mientras que en el caso de las mujeres, aquellas pertenecientes a la institución pública obtuvieron deterioro bastante superior al de las mujeres de la institución privada. Esto podría deberse a las diferencias encontradas en el espacio físico en el cual se encontraban habitando los evaluados, ya que, en el caso de los hombres, aquellos internos en el centro privado ejercitan sus funciones mentales mediante la lectura, ya que poseen esa facilidad, así mismo realizan actividad física mediante clases semanales de fisioterapia que les permite mantener el cuerpo activo lo cual ayuda a oxigenar el cerebro y preservar un poco más ciertas funciones del mismo, en cambio, los de institución pública no cuentan con estos recursos.
- En el caso de las mujeres, las diferencias en torno al trato y al estilo de convivencia son muy marcadas, lo cual genera la necesidad de indicar que dicha diferencia puede, al igual que en el caso de los hombres, ser un factor importante para la diferencia en el deterioro que estas presentaron.

Tomando la depresión como variable a comparar, los adultos mayores ingresados en centros públicos obtuvieron un porcentaje mayor a los del centro privado, al verlo desde el punto de vista de los sexos, se apreció que las mujeres dentro del centro privado evidenciaron mayores expresiones de depresión que los hombres, lo cual puede deberse a que las mujer verbalizaron con mayor detalle sus emociones, y el hombre es más parco en sus expresiones verbales al momento de manifestar sus emociones, por lo cual todo lo que esté relacionado a los afectos, como lo es la depresión, será más marcada en las mujeres que en los hombres.

En el caso de la institución pública, tanto hombres como mujeres presentan los mismos porcentajes en torno a la depresión, lo cual se podría deber a que ambos se encuentran sometidos a las mismas condiciones ambientales, sin embargo esto puede ser analizado desde dos motivos

de diferente índole: las mujeres expresaron mayor sensación de aislamiento y abandono, mientras que en los hombres expresaron sensación de inutilidad, es decir, de no sentirse capaz u opto para poder valerse por sí mismo, lo cual afecta en gran medida su estado de ánimo, generando así que se deprima.

Esto explica el por qué la depresión es mayor en hombres residentes de la institución pública que los de la institución privada, ya que en la última los mismos poseen diversos mecanismos o agentes externos que les hacen sentir que aún pueden hacer las cosas por su propia cuenta, mientras que los que se encuentran en la institución privada lo carecen. En el caso de las mujeres, aquellas internadas en la institución pública tienen mayor depresión que aquellas en la privada; aquí juega un papel fundamental lo que serían las creencias religiosas que, en las ancianas de la institución privada, representa ese medio para escapar de la realidad y así no entrar, en cierta medida, en contacto con lo que sucede a su alrededor.

Para finalizar, en torno a la ansiedad ante la muerte, se apreció que las mujeres presentan mayor ansiedad ante la muerte que los hombres, no importa el centro en el que se encuentre. Sin embargo, los hombres del centro privado tienen mayores porcentajes de dicha área investigada, lo que puede referirse, una vez más a que los hombres son seres racionales, y como los que se encuentran en este centro presentan un deterioro cognitivo menor, esto genera que estén más conscientes de que están muy cerca del fin.

Así mismo, entre mujeres de ambos centros, las del instituto privado, presentaron porcentajes elevados en relación con las del centro público, esto puede atribuirse a lo mencionado en el párrafo anterior referente al deterioro cognitivo.

El test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT) logró explicar cuáles eran los criterios que ejemplificaban, en mejor medida, la expresión tanto de la depresión como la ansiedad ante la muerte, lo cual se resumiría de la siguiente forma:

En cuanto a la depresión se pudo apreciar que:

- En la institución privada, las mujeres obtuvieron mayor depresión que los hombres, esta se expresó a través de historias que hacían referencia a la soledad y al aislamiento, con un porcentaje de 54%, lo que refiere a pérdida de las funciones obtuvieron 15%, un 31%

hace referencia a la tristeza difusa, mientras que en los hombres las historias sobre soledad y aislamiento ocuparon solo un 37%, las referentes a las pérdidas de las funciones se apreció un 26%, la adaptación a la casa hogar los hombres tuvieron un 11% y con relación a la tristeza difusa tuvieron 26%.

- En la institución pública, las mujeres obtuvieron un porcentaje de depresión mayor que los hombres, en donde un 56% de las historias hacían referencia a la soledad y el aislamiento, 22% a la pérdida de las funciones, un 17% a la tristeza difusa y un 5% a la adaptación a la casa hogar, para el caso de las mujeres; por el contrario, los hombres presentaron un 37 % e la soledad y aislamiento, 26% en pérdida de funciones, 26% en tristeza difusa y 11% en adaptación en la casa hogar.

Por otro lado, en lo que se refiere a la ansiedad ante la muerte:

- En la institución privada, las mujeres presentaron mayor ansiedad que los hombres, la cual se expresó a través de preocupación por la salud, con un 67% y preocupación por el bienestar de los familiares con un 33%; mientras que los hombres expresaron más su ansiedad mediante la preocupación por la salud con un 100%.
- En la institución pública, las mujeres presentaron mayor ansiedad ante la muerte que los hombres, en donde un 50% de las historias verbalizadas por las mujeres hacían referencia al miedo al sufrimiento, 33% a la preocupación por la salud y un 13% con la preocupación por el bienestar familiar; por otro lado, los hombre verbalizaron su ansiedad en un 20% con historias que hacen referencia al miedo al sufrimiento, un 40% a la preocupación por la salud y otro 40% a la preocupación por el bienestar de los familiares.

En conclusión, se encontraron diferencias en torno a la ansiedad ante la muerte y depresión en adultos mayores institucionalizados y, también, que el centro en el cual residen es un factor muy importante en torno a la incidencia de dichos elementos. A su vez, cabe destacar que a pesar que las diferencias encontradas al compararse por sexo no son tan elevadas, en algunos casos, es muy importante comprender que tanto para hombres como mujeres, el encontrarse internado en uno de estos centros generará en ellos una serie de procesos que a pesar de parecer similares entre ellos, la vivencia de los mismos y su aceptación dependerán de cada uno.

III. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Dentro del marco de las limitaciones encontradas en esta investigación así como las recomendaciones para investigaciones futuras se pueden mencionar las siguientes:

- **Limitaciones:**

- La falta de disposición personal que operaba en las instituciones al momento de proporcionar información acerca de la salud mental y medicación de los participantes, ya que esta información era vital para la investigación y algún error pudo haber afectado los resultados obtenidos.
- El Test de Apercepción para Edades Avanzadas (SAT), a pesar de poseer indicaciones muy sencillas y fácil de entender, puede llegar a agotar a los evaluados, más aun a personas con más de 70 años , por lo cual la falta de motivación al momento de la evaluación pudo haber afectado los datos obtenidos.
- Las condiciones de los centros no permitieron que se contara con un espacio adecuado para la aplicación de las pruebas y las escalas, razón por la cual, en ocasiones, las investigadoras debían condicionar una cama como escritorio o trabajar en lugares que carecían de silencio.

- **Recomendaciones:**

- Para futuras investigaciones se invita a estimular el diseño de programas de sensibilización para el personal encargado del cuidado de los adultos mayores institucionalizados, tanto en centros privado como en centros públicos, y el mismo puede ser extendido a sus familiares, con el fin de mejorar la calidad de atención e incentivar una trato más humano hacia estas personas.
- Se invita a seleccionar únicamente las láminas del Test de Apercepción para Edades Avanzadas que evalúen los criterios con los que se quieren trabajar, con el fin de no agotar a los adultos mayores.
- Se invita a crear talleres de esparcimiento para los adultos mayores institucionalizados, con el fin de brindarles un espacio de recreación.

- Se recomienda diseñar un programa de actividades individualizadas, que permita ofrecer un espacio al adulto mayor dentro de la institución para realizar actividades que mejoren su estado emocional y físico.
- Se sugiere ahondar la reflexión acerca de las diferencias de género y su relación con el nivel socioeconómico. Se hizo evidente que los adultos mayores en situación de desventaja socioeconómica tendieron a ser el grupo con mayor sufrimiento de la totalidad de los adultos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, J., Montesino, G. y Rodríguez, M. (2011). Envejecimiento y nutrición [Versión electrónica]. *Redalyc* 4, (3), 3-14.
- Álvarez, C. (2008). *Estudio de la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en la población gallega mayor de 65 años*. Tesis Doctoral. Universidad de Santiago de compostela.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV. Barcelona: Masson.
- Aragón, J. (2002). *Proceso de atención gerontológica para los adultos mayores privados de libertad del Centro de Atención Institucional Adulto Mayor*. Documento no publicado. San Pedro, Costa Rica.
- Arellano, L (2012). Envejecimiento en Venezuela. *Revista Odontologica de los Andes*, 5(1), 3-4.
- Barenys, M. P. (1993). Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos. *Reis*, 155-172.
- Bellak, L., & Bellak, S. (1979). Test de apercepción temática. *Editorial Paidos. Buenos Aires, Argentina*.
- Benton, J., Christopher, A. y Walter, M. I. (2007). Death anxiety as a function of aging anxiety. *Death Studies*, 31(4), 337-350.
- Benítez, A. (s/f). *Organización Venezolana de Adultos Mayores. Caracas; Venezuela*. http://www.adultosmayores.org.ve/sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=76:paraqueuncenso&catid=36:informaciones&Itemid=1
- Bergdahl E., Allard P. y Gustafson Y. (2007). Gender differences in depression among the very old. *International Psychogeriatrics*, 19(06), 1125-1140.

Blanco, T. (2011). *Ansiedad ante la muerte y factores de vulnerabilidad asociados en ofensores sexuales reclusos en el centro de atención institucional adulto mayor*. Tesis no publicada, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Catells, J (1993). ¿Cómo tratamos a nuestros ancianos?: resultados de una encuesta en los hogares de ancianos de la Argentina. *Cuad. méd. soc.(Ros.)*, (65/66), 73-9.

CELADE, C., UNFPA, O., & OIT, B. (2003). Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas. *Santiago de Chile: CELADE/CEPAL*.

Cerquera, A. M. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga. *Univ. Psychol. Bogotá, Colombia*, 7(1), 271-281.

Cuéllar, J. C. (1999). *Planificación estratégica y operativa aplicada a gobiernos locales: manual de facilitación: incluye materiales para los participantes*. Editorial Abya Yala.

Dattell, A. y Neimeyer, R. (1990). Sex differences in death anxiety: testing the emotional expressiveness hypothesis. *Death Studies*, 14, 1-11.

Davobe, J. (2000). Las lanzas coloradas: nación, vanguardia y Guerra. *Ariel*, 7, 75-85.

De la Lengua Española, D. (2001). Real Academia Española. *Vigésima*, 1.

De los Reyes, M. C. (1999). Familia e imagen del geriátrico. *Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Buenos Aires.

De los Reyes, M (2007). *Familia y geriátricos: la relatividad del abandono*. Editorial Espacio: Buenos Aires, Argentina.

Dosil, A., Leal, C. y Neto, S. (2013). Estado nutricional de ancianos con deterioro cognitivo. Grupo de investigación del Complejo Terapéutico Gerontológico "A Veiga". Lugo, España

Echeverría, C (2004). Melancolía: un obstáculo al deseo [Versión electrónica], *Metaphora. Guatemala*, 3(1) 39-54.

Erikson, E. (1985). Teoría psicosocial. Barcelona. España: Ediciones Paidós Iberia.

Estrada, A; Cardona, D; Segura, A; Ordóñez, J; Osorio, J y Chavarriaga, L. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94.

Fernández, S. y Muñoz C (2001). Diagnóstico diferencial del trastorno demencial. *Revista de Psicogeriatría*, 1(1). Disponible en línea: www.psiquiatria.com/articulos/demencias/

Ferrer (2006). Evaluación funcional y cognitiva en una población urbana de mayores de 89 años. Estudio NonaSantfeliu. *Revista española de geriatría y gerontología*, 41, 21-26

Freud, S. (1925) *Inhibición, síntoma y angustia*. En López-Ballesteros; L. (trad.) Obras Completas. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

Fisher, J. y Noll, P. (1996) Anxiety in older adults. En: L Carstensen, B Edelstein, P Dornbraud (ed), *Handbook of clinical gerontology*. Oaks: Sage, 304-323.

Gaviria, G. (2003). Ponencia: Reunión Regional de la Sociedad Civil Sobre envejecimiento Documento de Trabajo Santiago, Chile

Gil, E. (2006). Reseña psicoanálisis en el envejecimiento, el morir y la muerte: apertura hacia modelos integradores. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, 24, (1).

Giménez, N. (2011). Estudio de las caídas en personas mayores de 65 años que se encuentran institucionalizadas en una residencia en Zaragoza. España. [Versión electronica].

González, J. (2002). *El paciente de edad avanzada: un paciente diferente*. México: Trillas.

González, M. (2012). *Adultos mayores sufren olvido del Estado y sus familias*. Recueperado el 14 de diciembre del 2015 del sitio Web REDportajes: <https://periodismo3ecs.wordpress.com/2012/06/07/adultos-mayores-sufren-el-olvido-del-estado-y-sus-familias-11/>

Hidalgo, J. (2001). *El envejecimiento: aspectos sociales*. Editorial Universidad de Costa Rica.

Hirschfeld, M. y Lindsey, E. (2002). *Community homebased care in resource-limited settings: A framework for action*. Geneva: World Health Organization.

Hitzig, J. (1993). “Institucionalización y calidad de vida”, en Seminario “La institucionalización y sus costos”. Cuadernos de Gerontología, Asociación Gerontológica de Buenos Aires. Año 6, N°11

Huenchuan, S. (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Cepal.

Ibarzábal, A. (2003). *Personas mayores institucionalizadas versus no institucionalizadas: aspectos diferenciales en ansiedad ante la muerte, depresión y satisfacción con la vida*. Huelva: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Kolb, P. (2008). Developmental theories of aging. *Developmental theories through the life cycle*, 285-364.

Korovsky, E., Karp, D.M. (1998) Psicogerontología. Psicósomática Psicoanalítica de la vejez. Ed. Roca Viva, Montevideo.

Kübler-Ross, E. (2000). *Sobre la muerte y los moribundos*. Grijalbo.

Lehto, R. y Stein, K. (2009). Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Research and theory for nursing practice*, 23(1), 23-41.

Limonero, J. T. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y estrés*, 3(1), 37-46.

López, A., Sueiro, E. y López, M. (2004). Ansiedad ante la muerte en la adolescencia. *Revista galego-portuguesa de psicoloxía e educación: revista de estudos e investigación en psicología y educación*, (11), 241-254.

López, R. y López, J. (2007). Prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en residencias españolas: Estudio Resydem. *Dialnet*. 1(1), 97-110.

Martínez, B., Alonso, J. y Calvo, F. (2001). Estudio comparativo de ansiedad ante la muerte en una muestra de ancianos y de jóvenes. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicósomática*, 22(5), 12-18.

Martínez, M. (2003). *El paciente con enfermedad en estado terminal y el rechazo a la eutanasia*, Tesis de licenciatura. Toluca, México.

Merino, R. y De la Fuente, G. (2007). *Sociología para la intervención social y educativa*. Barcelona: España. Editorial Complutense.

Murray, H. (1973). Test de Apercepción Temática (TAT), Buenos Aires, Editorial Paidós 6ta.

Ortiz de la Huerta, D. (2005). Aspectos sociales del envejecimiento. *Antología para la unidad temática: salud del anciano*, 108-121.

Oyarzún, E. (s/f). *Ciclo Vital Individual*. Manuscrito no publicado, Facultad de Medicina. Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Universidad de Chile.

Pérez, J. (s.f.). *Ansiedad y trastornos de ansiedad*. Manuscrito no publicado. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental del Sur, Universidad de Chile.

Pérez, V. y Arcia, N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor [Versión electrónica]. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(3), 0-0.

Peña, D., Herazo, M. y Calvo, J. (2009). Depresión en ancianos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57, 347-55.

Pollock, G. (1982). On ageing and psychopathology - Discussion of Dr. Norman A. Cohen's paper: "On loneliness and the ageing process". *International Journal of Psychoanalysis*, 63 (1), 263-273.

Popolo, F. (2001). *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina*. Cepal.

Raja, R. (2001). *Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario ante la muerte*. Tesis doctoral, Universidad de Cádiz, España.

Riquelme, A. (1997). *Depresión en residencias geriátricas: un estudio empírico*. EDITUM. Murcia, España.

Rojas, R. y Rosales, Y. (2013). *Relación entre deterioro cognitivo, ansiedad y depresión de acuerdo al lugar de residencia en adultos mayores*. Tesis de licenciatura, Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Rojas, M., Toronjo, A., Rodríguez, C. y Rodríguez, J. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17(1), 08-23.

Rodríguez, J., Morales, C., Gómez, M. J. y Vallejo, J. (2013). Influencia de la reserva cognitiva en la calidad de vida en sujetos con enfermedad de Alzheimer. *Anales de psicología*, 29(3), 762-771.

Sábado, J. y Gómez, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 56(3), 257-279.

Sanz, M. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes*. Ediciones Díaz de Santos.

Santos, S. S. C., Tier, C. G., Silva, B. T, Barlem, E. L. D., Felicianni, A. M. & Valcarenghi, F. V. (2010). Diagnósticos e intervenciones de enfermería para ancianos con depresión y residentes en una institución de larga estancia (ILE) [Versión electrónica]. *Enfermería Global*, (20), 0-0

Seisdedos, N. (1997). Manual del STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Madrid: TEA ediciones (4ª edición Revisada)

De Pedro, S. (2003). *La vejez desconocida: una mirada desde la biología a la cultura*. Ediciones Díaz de Santos.

Templer, L. (1988). *La ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Zambaletti.

Templer, L. (1988). *Las dimensiones de la ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Zambaletti.

Thorson, J. y Powell, F. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of Clinical Psychology*, 44(5),691-701.

Travieso, M. (2005). *La calidad de vida de los adultos mayores residentes en la casa hogar Padre Iriarte, ubicada en el municipio Zamora-Guatire, estado Miranda*. Trabajo especial de Grado; Universidad Central de Venezuela.

Villasmil, Saúl. (2013, Noviembre). Visión histológica del envejecimiento. Artículo presentado en el I Simposio de Salud Poblacional en la UCV. Caracas.

ANEXOS

Anexo 1. Guía de Entrevista.

GUÍA DE ENTREVISTA

- 1) ¿Cuál es tu nombre?
- 2) ¿Cuántos años tienes?
- 3) ¿Cuánto tiempo llevas aquí (casa hogar)?
- 4) ¿Cómo ingresaste?
- 5) ¿Qué pensaste cuando ingresaste?
- 6) ¿Qué piensas ahora?
- 7) Háblame de tu familia.
- 8) ¿Cómo es tu día aquí? Cuéntame un poco.
- 9) ¿Qué es la tristeza para ti?
- 10) ¿Te has sentido triste en algún momento? ¿Cuándo, cómo, en qué situación?
- 11) ¿Qué es la ansiedad para ti?
- 12) ¿Te has sentido ansioso en algún momento?
- 13) ¿Qué significa la alegría para ti?
- 14) ¿Te has sentido contento?
- 15) ¿Qué piensas de la muerte?
- 16) ¿Has tenido miedo de morir en algún momento?
- 17) ¿En qué momento te has sentido mejor?
- 18) ¿En qué momento te has sentido peor?
- 19) ¿Tienes alguna actividad aquí? ¿Cuál?
- 20) ¿Te gustaría tener alguna actividad? ¿Cuál?
- 21) ¿Qué te parece esta casa?
- 22) ¿Qué te parece tu cuarto?
- 23) ¿Duermes solo o acompañado? ¿Cómo te sientes durmiendo así?
- 24) ¿Hay cosas que te incomodan? ¿Cuáles?
- 25) ¿Hay cosas que te agradan? ¿Cuáles?
- 26) ¿Cómo te imaginas en unos años?

Anexo 2. Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS).

Consta de 30 ítems orientados a la búsqueda de sintomatología psiquiátrica y localidad de vida. Puede ser autorrealizado huyendo de las manifestaciones somáticas, pues son difíciles de distinguir en la vejez de otras enfermedades físicas.

Se puede realizar en 10-20 minutos; no es necesario un entrenamiento previo. Los valores normales están por debajo de 11 puntos. Es la escala más recomendable en la población anciana para el *screening* de la depresión.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA DE YESAVAGE (versión abreviada y reducida)

PREGUNTA REALIZAR	1 PUNTO SI RESPONDE:
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	NO
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
¿Se siente desamparado, desvalido, indeciso?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Le da la impresión de que tiene más trastornos de memoria que los demás?	SI
¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación económica que usted?	SI

Anexo 3. Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer.

Modo de corrección: Esta es una escala tipo Likert de 1 a 4 donde el puntaje mínimo total es de 15 puntos (mínima ansiedad) y el puntaje máximo total es de 60 puntos (máxima ansiedad)

<i>Escala de ansiedad ante la muerte de Templer:</i>	<i>Nunca o casi nunca</i>	<i>Algunas Veces</i>	<i>La mayor parte del</i>	<i>Todo el tiempo</i>
1. Tengo mucho miedo a morirme.	1	2	3	4
2. Pienso en la muerte.	1	2	3	4
3. Me pone nervioso/a cuando la gente habla de la muerte.	1	2	3	4
4. Me asusta mucho pensar que tuvieran que operarme.	1	2	3	4
5. Tengo miedo a morir.	1	2	3	4
6. Siento miedo a la posibilidad de tener cáncer.	1	2	3	4
7. Me molestan ciertos pensamientos sobre la muerte.	1	2	3	4
8. A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo.	1	2	3	4
9. Me da miedo a tener una muerte dolorosa.	1	2	3	4
10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida.	1	2	3	4
11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón.	1	2	3	4
12. Pienso que la vida es muy corta.	1	2	3	4
13. Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial.	1	2	3	4
14. Me horroriza ver un cadáver.	1	2	3	4
15. Pienso que tengo motivos para temer el futuro.	1	2	3	4

Anexo 4. Categorización:

<i>Categorías:</i>	<i>Subcategorías:</i>
1. La admisión.	1.1. Razón manifiesta del ingreso. 1.1.1. Motivos médicos. 1.1.2. Espacio en el hogar. 1.2. Vivencia del ingreso. 1.2.1. Cómo fue vivido. 1.2.2. Cómo es vivido actualmente.
2. La otra vida.	2.1 Con quién vivía antes de ingresar al centro. 2.2. Oficio que desempeñaba.
3. Las pérdidas.	3.1. Pérdidas de seres queridos. 3.2. Abandono por parte de la familia. 3.3. Pérdida de las funciones.
4. La vida en la casa hogar.	4.1. Rutinas de la institución. 4.2. Malestares de la rutina. 4.3. Rutinas personales.
5. Las tristezas.	5.1. Significado de tristeza. 5.2. La situación en la que se encuentran. 5.3. La familia. 5.4. Soledad. 5.5. Omisión del sentimiento.
6. Ansiedades.	6.1. Significado de ansiedad. 6.2. Lo que le genera ansiedad.
7. Acerca de la muerte.	7.1. Presencia de miedo a morir. 7.2. Ausencia de miedo a morir.
8. Las fuentes de placer.	8.1. Significado de alegría. 8.2. Momentos en los que se ha sentido alegre.
9. Lo que vendrá.	9.1. La muerte inminente. 9.2. Vejez prolongada.

A continuación se presentan las categorías y subcategorías derivadas de las entrevistas. La numeración que se encuentra entre paréntesis hace referencia al número de entrevista.

CATEGORIA 1:

1. **La admisión:** incluye todo aquello que indique la forma y/o razones del ingreso del adulto mayor a la institución en la que se encuentra residenciado actualmente. También incluye la forma en la que fue vivido este ingreso por el participante y cómo es vivido en el presente.

Subcategorías:

1.1. Razón manifiesta del ingreso: contenidos referentes a la razón por la cual los entrevistados fueron admitidos o ingresados al centro en el que se encuentran. La misma toma en cuenta dos aspectos: Motivos médicos y espacio en el hogar.

Indicadores:

1.1.1. Motivos Médicos:

- “Me hospitalizaron y me hicieron muchos exámenes (...) Después de allá, mi hijo me llevó a la casa mientras conseguía una casa hogar y cuando la consiguió me trajo para acá pero yo ya estaba bien” (1).
- “Ingresé por alcohol y una úlcera varicosa” (2).
- “Ingresé por (...) yo solito, por recomendación de una señora en un ambulatorio” (3).
- “Llegué enfermo (...) tuve una intoxicación más o menos. Hablamos con el médico y él dijo que era mejor que estuviese aquí para estar más tranquilo en el sentido de no tener obligaciones ni nada” (8).

1.1.2. Espacio en el hogar:

- “Mi hijo me trajo para acá (...) Me iba a abandonar aquí (...) realmente es lo que ha hecho, no ha venido nunca” (4).
- “Mis hijas me trajeron para quedarme de albergue pues yo no dispongo de casa propia ni nada” (6).
- “Bueno, mi hermano hizo diligencias y para aquella época había puesto y bueno, me dejó aquí” (7).

1.2. Vivencia del ingreso: Hace referencia a la vivencia del adulto mayor al momento del ingreso y cómo es vivido actualmente.

Indicadores:

1.2.1. Cómo fue vivido:

- “Yo pensaba que iba a estar mejor, me quedé tranquila porque andaba en silla de ruedas” (1).
- “Me sentí conforme, pues ya era una decisión tomada” (2).
- “Imagínese, yo estaba toda angustiada y me trajeron las hermanitas y el padre y todo y aquí me quede y ahora, que ya gracias a Dios me operaron” (4).

1.2.2. Cómo es vivido actualmente:

- “Bueno, tengo que quedarme aquí porque mi hijo no me va llevar a la casa para quedarme sola allá. Me moriré aquí, será” (1).
- “Me toca soportar porque no tengo a donde ir” (3).
- “Bueno, dándole gracias a Dios que me recoja (...) agradecida hasta que el señor se apiade de mí” (4).
- “Yo sabía que era para mejorarme (...) yo estoy bien aquí” (8).
- “Me parece un lugar bonito, no sé, me gustó” (9).

CATEGORIA 2:

1. 2. **La otra vida:** incluye todos aquellos contenidos que indiquen cómo era la vida del adulto mayor antes de ingresar a la casa hogar en la que se encuentra residenciado actualmente.

Subcategorías:

- 2.1. Con quién vivía antes de ingresar al centro: con quién habitaba antes del ingreso al centro.

Indicadores:

- “Yo vivía con una señora que no era mi esposa y se me fue para el extranjero. Ella era extranjera” (2).
- “Yo vivía con mi hermano, ese que te había dicho que tiene cáncer, pero teníamos muchos problemas por la caña (...) con ese hermano era imposible vivir” (3).
- “Vivía con mi esposo (...) Nosotros nunca tuvimos hijos” (4).
- “Estaba con mi hija y con mi nieto” (5).

- “Yo tengo muchos años viviendo solo, desde que me separe de mi esposa, que es la madre de mis hijos” (6).
- “Con dos hermanas y un sobrino” (8).

2.2. A qué se dedicaba: hace referencia al oficio que realizaba, trabajo que desempeñaba antes de ingreso.

Indicadores:

- “Yo era mecanógrafa en inglés, yo no entendía lo que transcribía pero hacía mi trabajo excelente” (1).
- “Yo trabajaba en la alcaldía de Chacao (...) yo trabajaba en la alcaldía, pero le di el puesto, por incapacidad, a otra persona” (4).
- “Yo soy masajista y me encanta hacer masajes (...) A mí me encanta dar masajes anti entrés porque yo trabajo, trabajé pues, de eso” (5).
- “Yo soy psicólogo egresado de la UCV, Universidad Central de Venezuela (...) trabajé muchos años en el área de recursos humanos” (6).
- “De contador. En el último trabajo duré 27 años” (8).

CATEGORIA 3:

3. **Las pérdidas**: incluye todos aquellos contenidos acerca de las pérdidas emocionalmente significativas para la persona.

Subcategorías:

3.1. Pérdida de seres queridos: hace referencia a las pérdidas de familiares, que fueron ocupaban un lugar importante en la vida del entrevistado.

Indicadores:

- “Nosotros éramos cinco hermanos pero todos se han muerto. Uno de ellos le dio sarampión y parece que eso afecta el corazón, él fue el primero que murió. Las demás éramos hembras (...) mi esposo ya tiene como veinte años de muerto” (1).
- “Porque el día que murieron mi mamá y mi papá (...) los atendí a los dos hasta que murieron (...) Mi papá murió en mis brazos” (6)
- Cuando se murió mi marido yo quedé como perro sin amo (...) A mí todavía me produce tristeza la muerte de mi marido, y hace 22 años de esa vaina y todavía puedo ver cómo murió (...) A mí me tomó un año recuperarme, aceptar que había muerto (9).

3.2. Abandono por parte de la familia: hace referencia a la sensación de pérdida de la familia por el abandono o distanciamiento del adulto mayor.

Indicadores:

- “Mi hijo me trajo para acá (...) Me iba a abandonar aquí (...) realmente es lo que ha hecho, no ha venido nunca” (4).
- “Hay un hermano que se distanció de mí porque él no era formado académicamente y le daba rabia que yo me hubiera graduado de psicólogo (...) Él me rechazaba, y bueno, es un problema psíquico de él, que no debemos comentarlo” (6).

3.2.3. Pérdida de las funciones: se refiere a la pérdida de independencia por déficits físicos o cognitivos.

Indicadores:

- “Recién llegada aquí en la casa, estaba más tranquila. Ahora me siento muy mal porque ya me está costando hacerme las cosas yo sola, ya me cuesta” (2).

CATEGORIA 4:

4. La vida en la casa hogar: hace referencia a todos aquellos contenidos acerca de cómo los entrevistados viven el día a día dentro de la institución en el que se encuentran.

Subcategorías:

4.1. Rutinas de la institución: hace referencia a las rutinas diarias que se realizan dentro de la institución, como por ejemplo, la hora de comer, de dormir y de realizar cualquier otra actividad que acostumbren hacer.

Indicadores:

- “Aquí no me obligan a hacer nada” (1).
- “Bueno, aquí es así, empezamos la mañana con la misa, y luego viene el rosario (...) luego la comida y esas cosas” (4).
- “Ay hija. Nada, nada, porque aquí no se hace nada” (5).
- “Bueno, después del desayuno tenemos, tres veces a la semana, esta actividad (fisioterapia), otros días tenemos a los señores que pinchan, que es en la tarde” (9).

4.2. Malestares de la rutina: hace referencia a todo aquellos que produzca malestar en el adulto mayor, como por ejemplo, las condiciones de la institución.

Indicadores:

- “No hay aseo, falta mucho el agua y los baños se ponen... Uno tiene que ir al baño a hacer sus necesidades así este lleno de los de otros, de pupú o lo que sea (...) el papel lo tenemos que comprar nosotros. Los medicamentos también faltan (...) Unas tienen sarna” (1).
- “Aquí no hay aseo. Eso es sanidad porque aquí hay sarna. No nos vacunan y no nos bañan” (2)

4.3. Rutinas personales: hace referencia a las rutinas diarias que realizan los adultos mayores dentro del centro para satisfacer sus necesidades.

Indicadores:

- “Aquí puedo pasar el día acostada si quiero (...) yo hago lo que quiera. A la hora de comer (...) dejo casi toda la comida pero algo como. Después me vuelvo a acostar, duermo un ratico más y me levanto, me baño, veo televisión y así paso el día” (1).
- “Me levanto a las cuatro y cuarto, y a un cuarto para las cinco salgo de este cuarto. Me voy al comedor a ayudar (...) En la mañana no tengo tiempo hasta que me voy a las siete a la misa. Luego no hago nada, solo los mandados que me mandan a hacer a veces las muchachas que trabajan aquí y eso, entonces yo salgo a la calle y les hago eso. Cojo un libro cualquiera y me pongo a leer, me fastidio y cojo un cigarro, lo prendo, lo apago a la mitad y sigo leyendo. Así ando (...) En la noche quisiera acostarme porque me encuentro cansado de la pierna pero tengo que tomar mis pastillas y entonces no me puedo dormir, así esperando hasta las nueve porque me da miedo que me de sueño, aunque a esa hora me tomo la pastilla para dormir” (3).
- “Yo soy muy religiosa, yo hago mi rosario, hago la hora de la divina misericordia, le hago visita a Jesús sacramental” (4).
- “Actualmente, descansando y oyendo la radio y noticia. Me gusta estar pendiente de la situación” (7).
- “En las mañanas después del desayuno salgo para la parte de debajo de Los Dos Caminos. Entonces tomo café y compro periódico y me lo leo por allá y después regreso. En la tarde a veces salgo a alguna diligencia que tenga que hacer. El resto del día lo paso leyendo. En la noche no hago casi nada, lectura y a dormir” (8).
- “En la mañana yo tejo, yo tejo muchísimo. Tejo, coso, bordo” (9).

4.4. Actividades realizadas para los ancianos: hace a todas las actividades que proporciona la institución a los adultos mayores.

- “No, no hay actividades de ningún tipo. Antes había de dominó pero ya no hay de ningún tipo (5).
- “No, nada. Al contrario, a las ocho ya quiere que uno esté durmiendo. No les gusta que uno vea noticias y que la televisión esté prendida. A veces vienen los evangélicos, nada más.” (2)
- “Solo fisioterapia”
- “Al final de cada mes hacen una reunión para los cumpleaños del mes y ponen comida y se les canta cumpleaños” (8)
- “Podemos ir a la biblioteca de aquí y nos dejan llevarnos los libros hasta que los terminemos. Nos la pasamos leyendo” (3).

CATEGORIA 5:

5. **Las tristezas**: incluye todos aquellos contenidos acerca de todos aquellos factores que le generan tristeza a la persona entrevistada.

Subcategorías:

5.1. Significado de la tristeza: hace referencia al significado que le da la persona a la tristeza.

Indicadores:

- “La soledad (llora) y veo que mi hijo también está solo porque él está separado de la esposa” (1).
- “Cuando me encuentro solo y lo único que quisiera es estar acostado” (3).
- “La tristeza es que pienso que van a venir mis hijos y no vienen y eso me pone triste y provoca ponerme a llorar y eso” (5).
- “La tristeza es una descompensación de la actitud de vivir, de gozar de la vida” (6).
- “La tristeza es perder a alguien” (9).

5.2. Situación en la que se encuentran: hace referencia al estado emocional que le genera estar en el centro donde reside.

Indicadores:

- “A mí me da tristeza ver a los demás en sillas de ruedas y otros que no se paran de la cama, esas son muertes dolorosas, pero bueno, son designios de mi Señor” (3).

5.3. Familia: hace referencia al estado emocional que le genera su relación actual con la familia.

Indicadores:

- “Yo tengo mucha familia pero ninguno dijo “véngase para acá”. En Rio Chico (...) me sentía solo muy solo y enfermo y mal, me vine al seguro y me operaron. Después de la operación empecé a sentirme mucho más triste” (3).
- “Yo me siento solo, aquí no viene nadie” (3).
- “He tenido épocas de muchas tristezas (...) Por lo menos cuando murió mi esposo” (4).
- “Pienso que van a venir mis hijos y no vienen y eso me pone triste y provoca ponerme a llorar y eso” (5).
- “La pérdida de la vida de alguna persona querida. Algo como eso. Una situación así que me ha hecho sentir triste. Entristecerme pues” (6).

5.4. Soledad: hace referencia al estado emocional que le genera el hecho de encontrarse solo dentro del centro.

Indicadores:

- “Me siento triste porque veo a mi hijo solo (...) Yo también estoy sola” (1).
- “Mi tristeza es por pensar que si tuviera a esa persona no estaría aquí. Una persona que estuvo conmigo, una pareja” (3).
- “Me pone triste estar sola” (5).

5.5. Omisión del sentimiento: hace referencia a la negación u omisión del sentimiento de tristeza.

Indicadores:

- “Yo no me siento triste. Tengo mis momentos de angustia y esas cosas pero de sentirme triste, deprimido o depravado, no, nada de eso” (6).
- “No existe (...) No. Se puede sentir uno de momentos decaído por algo, pero sin pensar en tristeza” (7).
- “Yo nunca he estado triste. Es triste estar triste” (8).

CATEGORIA 6:

6. **Ansiedades**: incluye todos aquellos contenidos que hacen referencia a lo que significa la ansiedad para los entrevistados y lo que le genera dicho estado.

Subcategorías:

6.1. Significado de la ansiedad: toma en cuenta el significado que da la persona a la ansiedad.

Indicadores:

- “Estar nerviosa como estoy ahora” (1).
- “La ansiedad es como cuando la persona tiene un vicio, un deseo así que lo incite pues a eso” (2).
- “Es lo que uno siente” (5).
- “La ansiedad es un deseo no satisfecho de tener alguna cosa que puede resultar muy inalcanzable, entonces produce esa situación denominada “ansiedad”. Se presenta para poder lograr un objetivo, alguna meta” (6).
- “Ansiedad es querer, obtener” (7).
- “Querer algo y no poder tenerlo. La ansiedad es querer algo” (9).

6.2. Lo que le genera ansiedad: situaciones que generan ansiedad al adulto mayor.

Indicadores:

- “Ahora estoy más –ansiosa- que nunca. Tú te metes al baño y te están apurando, te estás vistiendo y te abren la puerta o entra alguien, te estás poniendo un sostén y no sabes quién va a entrar, me roban mis cosas, mi maquillaje, todo. Todo eso me pone nerviosa” (1).
- “Bueno, le diré sinceramente... la ansiedad o la angustia era por mi salud, (...) Estoy baldada de la incomodidad de trasladarme (...) esa es mi angustia” (4).
- “Eso mismo que te estoy explicando de que no vengan mis hijos” (5).
- “Yo no sé porque me da tanta ansiedad que la gente se ponga a hablar detrás de mi ventana y están a veces hasta las 12 de la noche. Me da ansiedad porque hablan, no tanto de qué hablan pero por qué lo hacen” (9).

CATEGORIA 7:

7. **Acerca de la muerte**: incluye todos aquellos contenidos que hacen referencia a la presencia o ausencia de miedo ante la muerte.

Subcategorías:

7.1. Presencia de miedo a la muerte: toma en cuenta los contenidos que se relacionen con el temor o miedo que siente la persona en torno a la muerte.

Indicadores:

- “Yo no me quiero morir, pero pienso que ese día va a llegar y que no sé qué será la muerte y para dónde va a ir uno. Yo le pido a Dios que me muera como dormida, que no me ponga grave, que no me tengan que llevar a una clínica sola” (1).
- “He estado casi para morirme, sí (...) Estuve casi a punto de que me raparan y en un enfrentamiento militar. Me dieron un tiro aquí (se alza el mono y muestra el muslo), que eso son el resultado de eso (ulcera varicosa) pues, después de dos años yo trabajaba en una finca y usaba unas botas de goma y me salió una burbujita, y después un médico aquí en caracas me dijo que eso era resultado de eso, porque me quedo poca circulación” (2).
- “Solo tuve miedo una vez, cuando mi madre estaba viva y mi esposo. Porque yo decía: Ay Dios mío (...) ay papá lindo, tu no me puedes llevar a mi porque, cómo va a quedar ella. Y mira, se la llevó (...) Y con mi esposo igual” (4).

7.2. Ausencia de miedo a la muerte: toma en cuenta los contenidos que se relacionen con la falta de temor o miedo que siente la persona en torno a la muerte.

Indicadores:

- “No, porque pienso que es Dios es quien decide (3).
- “No. Preferiría morirme e irme para el carrizo de una vez para no tener que darle guerra a nadie y que no tengan que estar pendiente de mí” (5).
- “No, porque considero que es una cuestión inherente a todo ser humano. Nacemos para vivir y morir” (6).
- “No es que diga que no tenga miedo a morir, es solo que, no sé qué es eso y ya. Prácticamente, no. Hay muchos que dicen: Mira y ¿tú sientes miedo? Y yo me acostumbre a decir: Esa palabra no la conozco” (7).
- “No he tenido miedo. He visto morir a mucha gente. He visto morir a toda mi familia. A todas mis hermanas, mi padre, mi madre” (9).

CATEGORIA 8:

8. **Fuentes de placer**: toma en cuenta aquellos contenidos que se refieren a lo que le genera placer y alegría a la persona.

Subcategorías:

8.1. Significado de alegría: toma en cuenta los contenidos que se relacionen con el significado que la persona le da a la alegría.

Indicadores:

- “Estar contento, tener con quien conversar, tener compañía” (1).
- “Hablar con alguien, por ejemplo, con personas que lo entiendan a uno” (3).
- “La alegría es un sentimiento de profunda compensación, es agradable. Sentirse bien con todo, con todo el mundo, con lo que nos toca y nos ha tocado vivir” (6).
- “Estar contento” (8).
- “Ser feliz. Ser feliz” (9).

8.2. Momentos en los que se ha sentido alegre: toma en cuenta los contenidos que se relacionen con los momentos en los cuales la persona ha experimentado alegría.

Indicadores:

- “Antes, cuando estaba reciente aquí. Pensé que iba a ser distinto” (1).
- “Bueno, yo me he sentido varias veces contento, por lo menos cuando tuve mi primer ahijado, que lo bautice, me contenté mucho” (2).
- “Cuando uno está alegre, por lo menos aquí, aquí uno tiene muchas alegrías, aquí, también por la situación seño, pero aquí cuando yo, hace por lo menos 8 meses, venían las meriendas, venían las maestras y cantaban y todo” (4).
- “Bueno, en algunas oportunidades sí, pero si lo siento a veces cuando hablo con mi hijo (...) Yo me he sentido alegre porque me pongo a pensar positivamente y veo las cosas diferente” (5).
- “Sí, cuando me casé. Me sentí infinitamente feliz” (9).

CATEGORIA 9:

9. Lo que vendrá: toma en cuenta aquellos contenidos que se refieren a lo que la persona piensa que vendrá en un futuro.

Subcategorías:

9.1. La eminente muerte: se refiere a todo aquellos que indique que la persona espera la muerte.

Indicadores:

- “Ya estaré muerta (...) Yo hice un documento para que me cremen y pagué todo para cuando ese día llegue” (1).
- “Bueno, muerta. Si me empiezo a seguir poniendo vieja, vieja, vieja y no me puedo parar, prefiero morirme de una vez” (5).
- “Bueno, me imagino lógicamente que la vida va declinando hasta que uno se marcha de este planeta, de este mundo” (6).
- “Espero que muerta –se ríe- Vieja, vieja, viejita y chocha” (9).

9.2. Vejez prolongada: se refiere a que las personas indican que lo que viene para ellas son más años de vida.

Indicadores:

- “¿Cómo me veo yo o como me veré? Bueno, me veré más viejo, con más edad. Me veré con más edad” (2).
- “Me imagino activo, pudiendo valerme por mi mismo, como ahorita” (3).
- “Imáginese. Más vieja. Pero le pido al señor que en la hora que ya no pueda, que me mande a llamar” (4).
- “Bueno, mejor de la rodilla para poder salir tranquilo” (8).