

Auto cuidado psicológico - emocional: temores en los ancianos del Hospital Geriátrico San Isidro

Jairo Andrés Arias, Luz Adriana García, Luz Adriana Jaramillo, Diana Marcela Muñoz, Carmen Lucía Curcio

RESUMEN

Este artículo intenta mostrar los temores en los ancianos, como un factor más que puede afectar su vida cotidiana. Para ello se planteó un objetivo: saber si existían temores y conocer cuáles eran y cuyo resultado se vio reflejado en la presencia de temores en áreas como: soledad, estado de salud e institucionalización; además de depresión.

Esto fue posible gracias a la colaboración de 45 ancianos en quienes se aplicaron técnicas de investigación cuantitativa tales como: escalas de valoración geriátrica (SF-36, Yesavage y Minimental test) tabuladas y analizadas en EPIINFO versión 6.04. En un segundo momento se hizo una investigación etnográfica con técnicas como: entrevistas a profundidad, observación participante, y codificación manual mediante la extensión de sábanas; importantes para llegar a varias conclusiones: Aunque el interés del grupo investigador se centro en los temores, fue la depresión el aspecto más relevante encontrado en todos los ancianos de la institución. Entre los signos de depresión encontrados en la población anciana están la desesperanza, el desánimo, el aburrimiento y la tristeza, sin embargo, el signo más relevante fue el deseo inminente de muerte. Entre los factores que pueden relacionarse con la depresión de los ancianos, se hallaron: soledad, falta de dinero y de apoyo institucional, y resignación ante la institucionalización; estado de salud (enfermedad, discapacidad y dolor) y deficientes relaciones interpersonales. Esto permite concluir que los temores y la depresión están involucrados en las tres esferas que componen al individuo, a saber: biológica (estado de salud), psicológica (soledad) y social (institucionalización).

Palabras claves: ancianos, depresión, valoración de ancianos, institucionalización, estado de salud

ABSTRACT

This article shows the fears in the elderly as another factor that may contribute to change their daily living. For such purpose, the objective was points as knowing the fears in the areas such as loneliness, health state, institutionalization, as well as depression. This purpose was feasible due to the cooperation of 45 old people in whom geriatric assessment care was applied (SF-36, Yesavage and Mini mental test). They were then analyzed trough EPIINFO version 6.04. In a second step a research was conducted with an ethnographic methodology y with participant observation and manual data recording. The conclusions obtained reflect that the depression the most relevant aspect found in the elderly in this institution. Among the depressive signs that were found in the elderly the hopelessness, the bad mood, the sadness, the loss of happiness were found. Nevertheless the desired of dead was priority. Among the factors that could be related with the depression of the elderly the loneliness, the lack of money and institutional support and the hopelessness of being institutionalize, the disease, lack of functionality and poor interpersonal relationships were the more relevant factors. Conclusions point out that fears and apprehension are attached with psychological, (loneliness) physical (health status), and social (institutionalization).

Key words: Elderly, depression, elderly assessment, institutionalization, health status, chronic care.

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta que el ser anciano no es encontrarse al final de un largo camino en el que el último fin es la muerte, sino que es una etapa vital que implica haber vivido una prolongada existencia, una etapa que da la oportunidad de volver al sentido común y contemplar la esencia de las realidades elementales, y además, que ser viejo no siempre significa deterioro físico, psicológico y social, se ha investigó un tema que es común a toda la sociedad y que tiene una significativa importancia en la vejez; este tema está relacionado con factores amenazantes que pueden afectar al anciano, algunos de estos factores amenazantes son creados por él y son propios, otros son aprendidos del medio donde se vive, y otros son innatos, o sea que se poseen desde que se nace, aunque estos últimos no son nocivos para la persona. Los dos primeros consisten en los temores o fobias, y el tercero, el que no causa daño, consiste en el miedo que puede tener una persona; el miedo es real, el temor es irreal. Estos miedos y temores son mecanismos de defensa que tiene el individuo (anciano) para enfrentar a un agente agresor, pero que además de procurar la integridad del ser, pueden, a su vez, ser agentes agresores que lo pueden lesionar al anciano tanto física como psicológica y socialmente. Es decir, los temores y miedos forman parte del auto cuidado, que encierra tanto estilos de vida como hábitos (el primero que se da por el aprendizaje y el segundo por la repetición de un acto que se vuelve rutinario). Este último puede comprender virtudes (se dirige hacia el bien) y vicios (hacia lo nocivo); todo auto cuidado puede favorecer o desfavorecer la salud de la persona, dependiendo de hacia donde se dirija, también tiene la posibilidad de ser modificado. Esto lleva a concluir que los temores son nocivos para la salud

Considerando que hoy en día la sociedad tiene la convicción de que llegar a la vejez es convertirse en un ser no funcional, enfermo y deteriorado, se quiso resaltar la importancia de explorar el campo psicológico, el cual está afectado por diversos factores como la institucionalización, la depresión, la disminución de la capacidad funcional y los miedos y temores.

Es importante conocer cuáles son las necesidades en el campo psicológico- emocional en los ancianos institucionalizados, así como la relación que tienen con el campo físico y social, y en lo posible actuar frente a los problemas hallados. Las necesidades en los aspectos psicológico-emocionales tienen relación con los sociales, ya que la convivencia con otras personas se puede ver afectada, especialmente en los ancianos institucionalizados, y en muchos casos hay una disminución del interés de comunicarse con otros. Aquí los temores pueden exacerbar los problemas de roles y relaciones; pueden hundir al anciano en el abismo de la soledad ya que se desarrollan temores al abandono y a sentirse inútiles. Y en el campo físico, porque el anciano presenta una disminución en su actividad, y los temores podrían exacerbar este problema.

El proceso de investigación estuvo encaminado a obtener información sobre el auto cuidado en el anciano en el campo psicológico-emocional, enfatizando en los temores presentes en este grupo de edad; esto se realizó con un doble enfoque: cuantitativo y cualitativo etnográfico, para intentar capturar el fenómeno de una manera holística y así explicarlo y comprenderlo en su contexto, es decir, se busca conocer el nivel y significado que tiene para los ancianos el temor, la función que desempeña en su vida cotidiana y en el grupo en el cual vive.

METODOLOGÍA

El proceso de investigación se realizó utilizando los diseños cuantitativos y cualitativos. Se utilizaron escalas de valoración del anciano, de tal manera que orientaran la búsqueda de los problemas de investigación, y describir y seleccionar la muestra con la que se llevó a cabo el proceso de investigación cualitativa. Estas fueron: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Escala De Calidad de Vida SF-36 Y Minimental Test de Folstein. En esta fase inicial se escogieron ancianos de diferentes servicios de hospitalización, los cuales estuvieron en capacidad de colaborar en la aplicación de las escalas. La población estuvo constituida por 45 ancianos, de los cuales el 46.7 % eran mujeres y el 53.3% eran hombres. Estos ancianos se encontraban entre los 65 y 90 años. Ellos

fueron escogidos de los diferentes servicios de hospitalización, teniendo en cuenta si tenían la capacidad de hablar, y si tenían una edad superior o igual a los 65 años. Para el análisis de estos datos se utilizó el programa EPI-INFO versión 6.04.

El análisis de los datos permitió establecer categorías de análisis, además de criterios para determinar a qué personas se les realizarían las entrevistas a profundidad, es decir establecer la muestra a estudiar. Ésta se determinó con los siguientes criterios:

- Casos que manifestaran el fenómeno estudiado con intensidad.
- Muestras homogéneas: las cuales incluyen casos en condiciones similares, ejemplo: con o sin depresión.
- Muestras de casos típicos: se establecieron con los informantes claves de la comunidad, ya que ellos conocían lo usual o típico de la población.
- Muestra por conveniencia, es decir, por disponibilidad del investigador e investigado.

En la investigación cualitativa, los casos a estudiar, la muestra, se seleccionó en forma intencionada. La validez está dada por la profundidad de la investigación y la saturación de los datos y no por el tamaño de la muestra.

Para el componente cualitativo se utilizó un enfoque etnográfico el cual se basa en la descripción del estilo de vida de un grupo de personas habituadas a vivir juntas y a compartir ciertas costumbres, derechos y obligaciones. Para la recolección de los datos se utilizaron técnicas tales como: entrevistas semiestructuradas y a profundidad y observación participante; entre los instrumentos utilizados estuvieron grabaciones, notas y diarios de campo, además del mismo investigador; para el análisis de las entrevistas a profundidad se utilizó la técnica de codificación manual mediante la extensión de sábanas para la determinación de categorías axiales y coaxiales.

RESULTADOS

Hallazgos cuantitativos:

De los resultados arrojados por las tres escalas aplicadas, se determinó la presencia de depresión, disminución de la funcionalidad a largo plazo y alteración de la función cognoscitiva, además de aspectos psicosociales que influían sobre la calidad de vida del anciano. Entre éstos están:

- a) Presencia de enfermedad y percepción de la salud: el 64.6% de los ancianos refirió que su salud era regular o mala; el 40% refirió que era más mala que la del año anterior y una tercera parte dijo estar más enferma que otras personas. La presencia de enfermedad conlleva a deficiencias, discapacidades y restricciones en la participación. Entre las deficiencias se evidenció la presencia de depresión en un 47.7% de los ancianos manifestada en abandono de actividades, sentimiento de vida vacía, aburrimiento, sentimiento de desvalidez y desesperanza frente al futuro. La discapacidad se vio relacionada con la limitación de las actividades físicas que interfieren en la realización de actividades diarias. Y la restricción de la participación se detectó, tanto en el grado como en el tiempo en que los problemas de salud física y emocional afectaron la realización de actividades sociales normales.
- b) Estado mental: se presentó alteración de las funciones mentales superiores en el 48.9% de los ancianos, dentro de las cuales se pudieron destacar: orientación, cálculo y memoria.
- c) Medio ambiente en su dimensión social: no se encontraron grandes alteraciones ya que los afectaban más los aspectos físicos y emocionales.
- d) Motivación: la disminución o limitación en la realización de las actividades, fue uno de los aspectos psicosociales que contribuyó a la presencia de síntomas depresivos, ya que afectaban al 78.8% de los ancianos.
- e) Expectativas presentes: se encontró que el 66.7% no esperaban que su salud empeorara; el hecho de sentir que algo malo les iba a pasar estaba presente en el 40% de los ancianos.

f) Roles sociales: de acuerdo con la escala de calidad de vida SF-36 se encontró lo siguiente:

- Independencia física: se encontró limitación en la realización de actividades físicas vigorosas en el 82% de los ancianos y en actividades de la vida diaria en el 38.8%.
- Además de: desplazamiento ineficaz, alteración de la orientación y de la interacción social (participación en actividades sociales)

De acuerdo con estos hallazgos se establecieron categorías de estudio en las que se detectaron alteraciones en los ancianos. Estas fueron:

- Presencia de enfermedad y su impacto en la auto percepción de salud.
- Sentimiento de minusvalía.
- Desesperanza frente al futuro.
- Problemas de memoria.
- Impacto del dolor en la calidad de vida.
- Interferencia en las actividades de la vida diaria debido a la salud física y emocional.

Hallazgos cualitativos:

Por medio de las anteriores categorías se enfocaron las entrevistas a profundidad, las cuales, luego de ser analizadas, permitieron determinar que existían síntomas de depresión y soledad, y a pesar de hacer énfasis en los temores de los ancianos, se encontró que lo que más les perturbaba era la depresión. Entre los síntomas depresivos se encontraron:

- Desesperanza
- Desánimo
- Tristeza
- Y el que más cuestionó al grupo investigador, fue el deseo inminente de muerte, relacionado con desesperanza frente al futuro, soledad, institucionalización y enfermedad.

Algunos relatos de los entrevistados ilustran este aspecto:

“ Ya tengo muy poquitas ganas de hacer algo, uno aquí solo puede esperar la muerte”. “¿ Qué se espera para el futuro?, No pues la muerte”. “El futuro mío es el cementerio, que le espera a uno que esta como encarcelado...”. “A veces me mantengo muy aburrido...”, “estoy muy aburrida, me provocaría salir a la calle un ratito, pero aquí lo atajan a uno”. “ Cuando estoy aburrido, no me provoca hacer nada; ¡eh ave Maria! Este mundo es muy horrible y falso”. ”Estoy triste pensando la vida...”.

Además se apreció que la depresión puede estar influenciada por los siguientes factores:

- Soledad.
- Enfermedad, discapacidad y dolor.
- Resignación ante la institucionalización, además se asume como castigo.
- Falta de dinero y apoyo institucional.
- Deficientes relaciones interpersonales.

Algunos relatos de los entrevistados son:

“He sufrido tristeza desde que estaba chiquita, y ahora mi tristeza es verme así, nueve años sentadita (en silla de ruedas y con el diagnóstico de artritis)”. “Todos se fueron y no vienen a visitarme”.

Los temores presentes estaban enfocados así:

- Temores relacionados con la soledad.
- Temores relacionados con el estado de salud (enfermedad discapacidad y dolor).
- Temores relacionados con la institucionalización.

“Me preocupa mucho las enfermedades, porque de un momento a otro le da a uno un patatús y llega a quedar inválido; me preocupa porque me tengan que hacer todo”. “Me da miedo de una enfermedad grave porque uno no tiene plata”. “Le tengo miedo a enfermarme más, a veces estos

riñones hacen que se me hinchen las piernas; a veces me mareo en el baño y me tengo que sentar”. “ Me aterroriza tener dolor, le tengo el pavor al dolor”. “ Cuando me da ese dolor y no tengo la droga, le pido al señor que me lleve”. “ Me da miedo cuando me van a hacer las terapias, por lo del dolor”. “ Me molesta y preocupa mucho este dolor, cuando hace mucho frío”. “Me da miedo quedar mas invalido porque de pronto barren con uno”. “Me da temor que me tenga que lidiar los demás, porque no hay nadie que lo cuidé como se cuida uno mismo”. “Caer a la cama es horrible, es a lo que yo siempre le tengo miedo”. “Yo no me hago operar porque de pronto quedo andando torcido, es mejor quedarme aquí sentada”.

Es importante anotar que los temores se presentaron en los mismos aspectos en los cuales se presentó la depresión, pero la naturaleza y alcance de la investigación, no permiten hacer estimaciones acerca de su asociación o relación.

Entre los temores más importantes se encontraron:

- Pérdida de amigos y familiares.
- Al aislamiento
- Ausencia de visitas
- A la enfermedad
- Sentir dolor
- Quedar discapacitados
- Dependencia en sus actividades de la vida diaria.
- Intervenciones quirúrgicas
- “Requisas” por parte de los trabajadores de la institución
- Pérdida de pertenencias
- Humillación y maltrato por parte del personal de salud
- Pérdida de apoyo económico.

“Me preocupa quedarme como aislado, porque la soledad y el silencio son compañeros”, me aterroriza y me da dolor que se muera Fernando y mi mamá; mejor ni pensarlo”. “Me da miedo que alguna hermana me falte, entonces me quedaría sola”. “Me preocupa estar sola., porque me gusta estar rodeada de gente”. “Tengo miedo que mi hija me llegue a faltar, no por lo económico, sino porque ya no tendría quien me visite. Me preocupa que se enferme o que no venga, porque ella es lo único que tengo”. “Me da miedo que mi amiga, la que viene a visitarme, le pase algo malo; que me falte”. “Tengo temor por los familiares que no han vuelto a visitarme”.

Se encontraron, además, diversos comportamientos o estrategias de afrontamiento para la regulación de emociones, con las cuales los ancianos refirieron bienestar físico y mental, éstas se agruparon en tres áreas:

- Creencias y valores
- Actividades para distraerse
- Relaciones interpersonales

Por otra parte, se halló una autopercepción de salud deficiente, debido a diversos problemas de salud de los ancianos que conllevan a limitación de las actividades de la vida diaria.

Pero a pesar de que muchos ancianos se encontraron deprimidos, otros manifestaron agradecimiento:

- A la vida.
- A Dios.
- A ellos mismos.
- A quienes los rodean.

CONCLUSIONES

· Entre los signos de depresión encontrados en la población anciana durante las entrevistas a profundidad, están: desesperanza, desanimo, aburrimiento y tristeza.

· El signo más relevante de depresión encontrado fue el deseo inminente de muerte.

· Entre los factores que pueden relacionarse con la depresión de los ancianos, se hallaron: soledad, falta de dinero y apoyo institucional, y resignación ante la institucionalización; estado de salud (enfermedad, discapacidad y dolor) y deficientes relaciones interpersonales.

· Las principales áreas en las que se encontraron temores fueron: estado de salud, institucionalización y soledad.

· Los temores y la depresión están involucrados en las tres esferas que componen al individuo, a saber: biológico (estado de salud), psicológico (soledad); social (institucionalización)

BIBLIOGRAFÍA

· ARBOLEDA GONZÁLES, Carlos. Sobre el miedo. Periódico “ La Patria”. Manizales 6 de febrero del 2000. Pág.: 5.

· BRUNNERG, Bare; SUDDARTH C, Smeltzer. Enfermería Médico-quirúrgica. 8ª Ed. México: Mc Graw Hill Interamericana S.A. 1998. Pág.: 123-126.

· CANO GUTIÉRREZ, Carlos Alberto. Depresión en el anciano. Revista de Revisión Geriátrica de la Asociación Colombiana de Geriátrica y Gerontología. Número 2. Marzo de 1998. Pág.: 5-7.

· CONSEJO EPISCOPAL LATINOAMERICANO. Rostros de ancianos. 1ª Ed. Bogotá: Editorial. 1986. Pág.: 104, 126.

· CORRAZE, Jacques. Las enfermedades mentales. 1ª Ed. Buenos Aires: “EL ATENEO” Pedro García S.A. 1981. Pág.: 15-16, 19-23.

· CORTINA, Adela; ARROLLO, Maria del Pilar; y otros. Ética y legislación en Enfermería. 1ª Ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana S.A. 1998. Pág.: 6-8, 11.

· CURCIO BORRERO, Carmen Lucía. Contrastes entre las investigaciones cuantitativas y cualitativas. Universidad de Caldas. Documento de trabajo. 1999.

· CURCIO BORRERO, Carmen Lucía. Calidad de vida en los ancianos. Revisión Geriátrica Número 4. Enero de 1999. Synthelabo. Bogotá.

· CURCIO BORRERO, Carmen Lucía; GÓMEZ, José Fernando. Capacidad funcional en ancianos. Revista de la asociación Colombiana de Geriátrica y Gerontología. Volumen 12. Número 1. Enero-marzo de 1998. Pág.: 25-33.

· DÍAZ, Diego. La última edad. 1ª Ed. Pamplona: Editorial Eunsa. 1976. Pág.: 45-46.

· DIMASCIO, Alberto; GOLDBERG, Harold L. Trastornos Emocionales. 2ª Ed. en español. Bogotá: Ediciones P.L.M. S.A. 1981. Pág.: 43-44, 66-67, 91-93.

· FERNÁNDEZ, Francisco Alonso. Psicología Médica y Social. 5ª Ed. Barcelona: Salvat Editores S.A. 1989. Pág.: 446.

· FRANCO PELÁEZ, Rosa. Autocuidado para la salud. 1ª Ed. Manizales: Plan Supervivir. 1993. Pág.: 82, 86-87, 123-126.

· GRAY, Jeffrey A. Psicología del miedo. 1ª Ed. Madrid: Ediciones Guadarrama. 1971. Pág.: 7-27.

· HAMMERSLEY, Martin. Etnografía: métodos de investigación. 1ª Ed. Barcelona: Editorial Paidós. 1994. Pág.: 69-91, 128-142, 161-251

- KUIPER, P.C. Teoría psicoanalítica de la neurosis. 1ª Ed. Barcelona: Editorial Herder. 1972. Pag: 116-121
- MARTÍNEZ, Miguel. La etnografía como alternativa de investigación científica: Conferencia preparada para el “El simposio internacional de investigación científica — Una visión interdisciplinaria”. Universidad Jorge Tadeo Lozano. Santa Fe de Bogotá. 1993. Pág.: 12-13
- MARULANDA, Felipe; HOYOS, Mauricio. Psicología del envejecimiento. Revista de la Asociación Colombiana de Geriátrica y Gerontología. Volumen 12. Número 1. Enero-marzo de 1998. Pág.: 15-23.
- MONSEÑOR EMILIANI, Rómulo. Cómo vencer angustias y temores.
- OCHOA, Gloria Helena; GUTIÉRREZ, Beatriz Helena. Ancianos y Ancianatos. 2ª Ed. Bogotá: Imprenta del Instituto Nacional de Salud. 1993. Pág.: 31,45.
- OTERO OJEDA, Ángel A; SIMONO RODRÍGUEZ, Lino. Revista del hospital psiquiátrico de la Habana. Enero- marzo de 1987. Volumen XXVIII. Número 1. República de Cuba. Pág.: 33.
- PAPALIA, Diane; WENDKOS, Sally. Desarrollo humano. 6ª Ed. Bogotá: Mc Graw Hill Interamericana S.A. 1997. Pág.: 579, 599-625.
- RISO, Walter. De regreso a casa. 1ª Ed. Colombia: Editorial Norma S.A. 1997. Pág. 105- 137.
- SMITH, Manuel J. Libérese de sus miedos. 1ª Ed. Barcelona: Ediciones Grijalbo S.A. 1979. Pág.: 24-36.
- YARYURA-TOBIÁS, José A. Trastornos obsesivos-compulsivos. 1ª Ed. en español. Madrid: Harcourt Brace de España S.A. 1997. Pág.: 15.
- <http://www.healthcommunities.com>
- <http://www.healthsurfing.com>
- www.mayohealth.org

Acerca de las autoras:

Jairo Andrés Arias
Luz Adriana García
Luz Adriana Jaramillo
Diana Marcela Muñoz
Carmen Lucía Curcio