EL CUIDADO DE LOS NIETOS COMO EXPERIENCIA DE RECUPERACIÓN DE UNA ADULTA MAYOR CON DEPRESIÓN

Carrero Caterine[1], González Francisco[2], Mendoza Jennifer[3] y Medina María[4]

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" UNEFM. Coro estado Falcón Venezuela.
Programa de Gerontología

caterine_2589@hotmail.com[1], franciscojaviergonzalezvallada@gmail.com[2], jennimend@yahoo.com[3] y aidani15@hotmail.com[4]

RESUMEN
Se presenta el caso de adulta mayor de 73 años de edad, residenciada en Casa Triaje Centro adscrito al Instituto Nacional de los Servicios Sociales, a su ingreso se constató que presenta varias patologías como son Hipertensión arterial, complicaciones renales y trastornos depresivos que la llevaron a intentar suicidarse en tres oportunidades debido a pérdidas de tipo afectivas, sociales y funcionales. Por todo lo antes descrito se decide este caso con la finalidad de proporcionar evidencia desde la experiencia de la adulta mayor, en el manejo de la depresión usando para ello la escala de valoración de Hamilton con el cual se pudo constatar que su nivel de depresión es ligero o menor desde que asumió el cuidado de su nieta que presenta antecedentes de síndrome de Down.

Palabras Claves: Cuidado, nietos, adulto mayor, depresión.

THE CARE OF THE CHILDREN AS EXPERIENCE OF RECOVERY OF MAJOR ADULT WITH DEPRESSION

ABSTRACT
We present the case of an adult over 73 years of age, residing in Casa Triaje Centro attached to the National Institute of Social Services, upon admission it was found that she presents several pathologies such as arterial hypertension, renal complications and depressive disorders that led her to try to commit suicide three times due to emotional, social and functional losses. For all the aforementioned, this case is decided in order to provide evidence from the experience of the elderly, in the management of depression using the Hamilton assessment scale with which it was found that her level of depression is light or less since he took care of his granddaughter who has a history of Down syndrome.

Key Words: Care, grandchildren, elderly, depression.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida ha propiciado que existan personas mayores con probabilidades de ser abuelos durante más tiempo lo que permite observar cambios en sus relaciones a medida que los nietos van creciendo. Este rol de los abuelos también se ve modificado por las características histórico-sociales y por las necesidades de las familias que pueden demandar un rol más activo de estas personas mayores en la vida de los nietos. De esta forma las diferentes relaciones intergeneracionales que pueden producirse en la familia toman especial relevancia. Una de ellas es la relación que se establece entre los abuelos y sus nietos.

Algunas investigaciones indican que el cuidado de los nietos trae consigo aspectos positivos para mejorar la calidad de vida del adulto (a) mayor después de haber atravesado por algún duelo como el fallecimiento de su hijo o algún familiar cercano, un ejemplo de esto es la investigación titulada “Los abuelos/as cuidadores de sus nietos: percepción de ayudas recibidas, conductas problemáticas de los nietos y satisfacción con el rol”, realizada por Triadó, C.; Villar, F.; Solé, C. y entre otros (2009) en la que concluyen que la satisfacción que los abuelos sienten al realizar este rol es muy elevada en toda la muestra, tanto desde un punto de vista emocional (recogiendo aspectos como felicidad, disfrute, intimidad o alegría con el rol de ser abuelos cuidadores), así como de forma más cognitiva (una reflexión de cómo esta actividad tiene un efecto positivo en sus vidas, les da una mayor actividad o pueden asegurarse de que sus nietos están bien cuidados).

Por ello, este reporte de caso trata sobre la experiencia vivida por la Adulta Mayor BG, la cual ha pasado por varios trastornos depresivos producto de pérdidas tales como: viudez, la muerte de uno de los hijos más cercano, cese del rol laboral, el incendio de su casa y/o hogar, situación que la ha llevado a residenciarse en el centro residencial “Casa Triaje” ubicado en las fuentes del Paraíso-Caracas, ente público adscrito al INASS, encargado de brindarle atención integral para garantizarle una mejor calidad de vida. El objetivo de esta investigación es conocer el grado de depresión que presenta la adulta mayor

actualmente y como la decisión de hacerse cargo de su nieta ha favorecido su vida.

Antecedentes de la Investigación

En primer lugar, es preciso citar la tesis titulada "Los abuelos/as cuidadores de sus nietos: percepción de ayudas recibidas, conductas problemáticas de los nietos y satisfacción con el rol" Triadó, C; Villar, F.; Solé, C. y otros (2009), este estudio partía de tres objetivos principales. Por un lado observar el tipo de conductas problemáticas o difíciles que los abuelos que cuidan a sus nietos tienen que afrontar, en segundo lugar qué ayudas reciben para poder realizar mejor su rol y por último qué nivel de satisfacción tienen estos abuelos en su rol de cuidadores.

Para ello, se confeccionó un instrumento de auto-administración que contó con siete apartados: razones de cuidado, principales tareas de cuidado, comportamientos del nieto/a, ayuda que los abuelos reciben por cuidar de sus nietos, satisfacción por el cuidado, dificultades que el rol le produce, y experiencia personal de ser abuelo/a cuidador. Para el presente trabajo nos centramos en las siguientes variables: Dificultades de comportamiento por parte del nieto (9 ítems), Fuentes de ayuda recibidas en el cuidado de los nietos (6 ítems) y Satisfacción con el cuidado (11 ítems).

Los resultados obtenidos fueron que los abuelos participantes de este estudio cuidan en general a un solo nieto en el momento del estudio (57,7%), 34,6% cuidan a dos, el 4,2% a tres nietos y el resto a más de tres nietos. Si nos centramos en aquel nieto que cuidaban por más tiempo, éstos tenían una media de edad bastante baja según el rango de edad establecido en el estudio (nacimiento hasta los 12 años) ya que se situó en 5 años de media. Hay un número casi similar de nietos cuidados que fueran niños y niñas, mientras que se observa una tendencia a cuidar más a nietos provenientes de la línea materna familiar (hijos de sus hijas) que paterna.

En segundo lugar, citamos también la investigación titulada "Adulto mayor y síntomas depresivos" de los autores son Cárdenas, L. y Suárez, Z. (2015), el propósito de este trabajo investigativo es analizar la correlación entre la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor, en función de las variables socio

demográficas, a partir de la información que presenta la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010. Para ello, se empleó un estudio de tipo cuantitativo de corte transversal a partir de los datos identificados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en Colombia –ENDS–, realizada en el año 2010 por Pro familia, la cual incluyó por primera vez a solicitud del Ministerio de la Protección Social hoy Ministerio de Salud y Protección Social, conocer sobre la situación del adulto mayor con temas como la seguridad económica, el estado de salud y el entorno.

Los resultados obtenidos fueron consistentes con los reportados en otras investigaciones que muestran aumento en la probabilidad de síntomas de depresión dadas las condiciones sociales y económicas de las personas mayores. Aunque todas las variables fueron significativas, es importante destacar que existen condiciones que aumentan la probabilidad de depresión en esta etapa. Según los análisis, las condiciones con mayor fuerza de asociación son: ser mujer, indígena, mayor de 75 años, viuda, sin educación, que viva en zona rural, con el más bajo nivel de índice de riqueza, que presente dificultades en actividades básicas de la vida diaria y participación social.

En tercer lugar, se hace mención a la investigación titulada “Depresión en ancianos” cuyo actores son Peña, D; Herazo, M; y Calvo, J. (2009), el propósito es revisar los aspectos clínicos más relevantes del trastorno depresivo en los ancianos con el fin de facilitar al médico de atención primaria las herramientas básicas para un adecuado diagnóstico y tratamiento, y de esta manera ayudar a reducir el impacto negativo de este trastorno en la comunidad. Para llevar a cabo esta revisión, se realizó una búsqueda electrónica de estudios en las bases de datos Medline y Lilacs. Se obtuvieron en total 210 artículos, de los cuales se escogieron los que profundizaran en aspectos tales como epidemiología, fenomenología, con morbilidad y tratamiento, y que a su vez aportaran datos útiles para la práctica clínica. De esta selección se escogieron 48 artículos.

En cuanto a los resultados obtenidos se puede notar que la depresión en los ancianos hace referencia al síndrome depresivo observado en personas mayores de 65 años y cuyos criterios diagnósticos han sido recogidos en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría en la cuarta edición revisada (DSM-IV-TR) (ver tabla 1). Los pacientes ancianos presentan con

mayor frecuencia insomnio medio y terminal, mayor pérdida de apetito, más sintomatología psicótica, menos irritabilidad y menor somnolencia diurna que los pacientes jóvenes. En los pacientes que niegan ánimo triste es útil indagar acerca de otros síntomas como: desesperanza, ansiedad, quejas de memoria, anhedonia, descuido en el arreglo personal, falta de adherencia a los regímenes farmacológicos o dietarios y quejas hipocondríacas.

Tabla 1. *Criterios del DSM IV-TR para episodio depresivo mayor*

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto de la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para experimentar placer.

Nota: no incluir los síntomas que son claramente debidos a una condición médica general o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día casi a diario según lo indica el propio sujeto (ej:, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (ej:, llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi a diario (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (ej. un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi a diario. Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi a diario.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi a diario (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi a diario(no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej. una droga, un medicamento) o una condición médica (ej. hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (ej. después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Fuente: American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision DSM IV-TR. 4th ed. Washington: APA; (2000).

Ahora bien, las características del trastorno depresivo descritas en el DSM IV-TR corresponden a la presentación del cuadro clínico en los pacientes de la tercera edad. Sin embargo, existen algunas variaciones en este grupo. El afecto depresivo, síntoma típico de la depresión, es reportado con menor frecuencia por los AM deprimidos que por los pacientes más jóvenes (5,6). La depresión tiende a presentarse con más características melancólicas y en general parece ser más severa en este grupo etario, no obstante en las escalas que miden la apreciación subjetiva de los pacientes acerca de su depresión se han encontrado puntuaciones menores que en los jóvenes. Probablemente esto se deba a la tendencia que tienen los ancianos a aceptar los síntomas depresivos como "normales" y a la menor propensión a tener afecto triste.

En cuarto lugar, tenemos la investigación sobre la “Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana” cuyos actores son Gómez, C.; Bohórquez, A.; Pinto, D. y otros. (2004), el propósito de este trabajo es analizar la prevalencia del síndrome depresivo y los factores asociados con la depresión en Colombia entre los años 2000 y 2001. Para este estudio descriptivo de corte transversal se aplicó una encuesta entre noviembre de 2000 y enero de 2001 a 1 116 adultos de 18 años de edad o más de uno u otro sexo que residían en viviendas particulares seleccionadas mediante un muestreo representativo nacional polietápico, estratificado según el grado de urbanización del área incluida en el muestreo.

Dando como resultados, de las personas estudiadas, 10,0% (IC95%: 9,2 a 10,7) presentaron algún episodio depresivo en los 12 meses previos a la encuesta y 8,5% (IC95%: 7,8 a 9,2) sufrieron alguno durante el último mes. Hubo una mayor proporción de mujeres con depresión en ambos períodos. Más de 50% de los episodios fueron moderados, tanto en hombres como en mujeres, y las mayores prevalencias se encontraron en las personas mayores de 45 años. Los factores asociados con la depresión en el último mes fueron ser mujer, considerar el estado de salud propio como regular o malo, sufrir de dolores o molestias, tener dificultades en las relaciones interpersonales, consumir marihuana o sustancias adictivas, medicamentos estimulantes o calmantes, tener dependencia del alcohol, o estar desempleado con discapacidad.

Exposición del caso

El 12 de septiembre del 2005 mediante Gaceta Oficial Nro. 38.270, que promulga la Ley de Servicios Sociales, se amplía el ámbito de acción del Instituto Nacional de Geriatría y Gerontología y se cambia el nombre a Instituto Nacional de los Servicios Sociales (INASS), adscrito al Ministerio del Poder Popular para las Comunas y Protección Social. Se ordena mediante disposiciones transitorias de la Ley la reestructuración del Instituto con miras a responder a la nueva misión fundamentada en la atención integral de los Adultos, Adultas Mayores y Otras Categorías de Personas menores de sesenta (60) años no amparados por otras leyes, instituciones o programas.

En las disposiciones transitorias de la referida Ley, se ordena proceder a la reestructuración del INAGER (Instituto Nacional de Geriatría y Gerontología) para convertirlo en INASS. A finales del año 2011, por Decreto Presidencial con Fuerza y Rango de Ley se promulga la Gran Misión en Amor Mayor Venezuela, mediante la cual se fortalecen las acciones dirigidas a proteger a los Adultos y Adultas Mayores para superar las desigualdades sociales y las condiciones de pobreza; agrupando las competencias del INASS y otras Instituciones estadales enmarcado en el Sistema de Seguridad Social.

Ya para el 23 de abril del año 2012, se apertura el Centro de Servicio Social Residencial “Casa Triaje” ubicado en la Av. Las fuentes del Paraíso (Caracas), donde se atiende treinta y ocho (38) adultos mayores residentes y seis (06) asisten diariamente al centro pero no son internos. La Adulta mayor B, de 73 años de edad, nació en San Cristóbal, es técnico mercantil secretarial, en su juventud fue Mis Táchira, es viuda y tuvo tres hijos, uno de ellos murió a los 33 años de edad era Ingeniero, otro hijo de 49 años de edad actualmente no tiene contacto ya que vive en Chile es turista bilingüe y otro hijo de 44 años de edad es Ingeniero residenciado en Perú, mantiene contacto con él ya que viaja esporádicamente para Venezuela o se comunica con ella por llamadas telefónicas.

Ahora bien, según conversación sostenida con la adulta mayor después de la muerte de su hijo intento suicidarse tres veces, la primera vez ingirió unas pastillas, la segunda se lanzó a un vehículo en marcha no teniendo consecuencias y la tercera pensó en lanzarse en el metro de la ciudad pero al

percatarse que podría afectar a otras personas decidió no hacerlo. Esta información fue corroborada por medio de la trabajadora social de la institución.

Luego de todo esto se propuso buscar apoyo en la iglesia católica le pidieron rezar tres rosarios pero no le gusto y no lo hizo, pues le pareció inútil esta ayuda, tiempo después conoció una hermana cristiana quien la invitó a su congregación llamada “Lirio de los Valles” donde encontró paz y tranquilidad un tiempo después conoce a un hermano cristiano del cual se enamora, pero debido a la diferencia de edad, (él era menor que ella), sintió que esto no iba a funcionar y dejo de asistir a la iglesia.

Motivo del Ingreso al Centro

La Sra. B reside en Casa Triaje, un Centro Residencial adscrito al Instituto Nacional de los Servicios Sociales INASS, después que su casa ubicada en las Adjuntas se incendió. Tiene bajo su cuidado una nieta, de 28 años de edad que presenta síndrome de Down, (según evaluación médica su coeficiente es de una adolescente de 16 años). La adulta mayor es autoválida (independiente y autónoma) realiza su diligencia sola, como por ejemplo: ir al banco, salir a caminar, comprar sus artículos personales, entre otros. Es hipertensa, intervenida quirúrgicamente por problemas renales.

Actualmente es dependiente de un medicamento para dormir, toma antidepresivos indicados por su médico particular psiquiatra. Realiza actividades deportivas, asiste dos veces a la semana a realizar ejercicio en el parque biosaludable cerca del Centro Residencial. Esta adulta mayor se considera una niña coqueta, muy activa, amigable. Pero piensa que es una carga para la sociedad.

Dicho todo lo anterior, para llevar a cabo esta investigación, se utilizó una metodología de tipo descriptivo y bibliográfica, empleándose una entrevista como técnica de recolección de datos personales y familiares (ver cuadro 1) así como las relaciones del adulto mayor, la vejez y el envejecimiento y el aprendizaje (ver cuadro 2), acompañado de un test de escala de valoración de Hamilton (ver tabla 2). Para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión rating scale HDRS) que es una escala, hetero aplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente con depresión, con el objetivo de evaluar

cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Cuadro 1. Entrevista aplicada a la Adulta Mayor. Identificación de la Estructura Familiar

Rol	Edad	Estado Civil	Sexo	Nivel de Instrucción
Hijo	33	Soltero	M	Ingeniero (+)
Hijo	49	Soltero	M	Lcdo. Turista Bilingüe
Hijo	44	Casado	M	Ingeniero

Fuente: Entrevista a la adulta mayor (2018)

Cuadro 2. De las relaciones del adulto mayor, la vejez y el envejecimiento y el aprendizaje

Pregunta	Opción	Respuesta
¿Realiza actividades fuera del Centro?	Si __X_ No ___	¿Cuál? Hacer sus diligencias (Ir al banco)
¿Participa en grupos organizados del Centro?	Si X__No ___	¿Cuáles? Recreativas tales como: ver películas.
¿Considera Usted que la vejez es:	a) Estar enfermo b) Etapa normal de la vida c) Algo indeseable d) Igual a sabiduría	d) Igual a sabiduría
¿Considera Usted que el adulto mayor puede hacer actividades que le permite envejecer satisfactoriamente?	Si X__No ___	¿Por qué? Hay que hacer lo que a uno le gusta.
Considera que la sociedad acepta a los adultos mayores?	Si_____ No X__	¿Por qué? Los ven como una carga.
¿Considera que Usted puede seguir aprendiendo?	Si_____ No X__	¿Por qué? Todos los días se aprende algo nuevo.
¿Cómo se ha		Me he sentido bien,

sentido en el Centro?		como en un hotel cinco estrellas.

Fuente: Entrevista a la adulta mayor (2018)

Tabla 2. Escala de Hamilton aplicada a la adulta mayor Blanca Guevara.

1.-) Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	**0**
-Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente.	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente.	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4
2.-) Sentimientos de culpa	
- Ausente	**0**
- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
3.-) Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	**4**
4.-) Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche.	**2**
5.-)Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	**0**
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
6.-)Insomnio tardío	
- No hay dificultad	**0**
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2

7.-)Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	**0**
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda**.**	4
8.-)Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	**0**
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
9.-) Agitación psicomotora	
- Ninguna	**0**
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
10.-) Ansiedad psíquica	
- No hay dificultad	**0**
- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4
11.-)Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
- Ausente	**0**
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4
12.-) Síntomas somáticos gastrointestinales	
- Ninguno	**0**
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2

13.-) Síntomas somáticos generales **-** Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. -Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	 0 **1** 2
14.-) Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales) - Ausente - Débil - Grave	 **0** 1 2
15.-)Hipocondría - Ausente - Preocupado de sí mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda	 0 1 **2** 3
16.-) Pérdida de peso - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	 0 **1** 2
17.-) Introspección (insight) **-** Se da cuenta que está deprimido y enfermo - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. - No se da cuenta que está enfermo	 **0** 1 2

Resultado: Sumando todos los ítems se obtuvieron 10 puntos, indica que la adulta mayor presenta depresión ligera o menor.

Es importante señalar que esta investigación fue aplicada mediante la evaluación realizada a la Adulta Mayor arriba señalada, la cual había sido diagnosticada previamente con Síndrome Depresivo. El propósito de la ejecución de este instrumento es conocer el grado de depresión que presenta la paciente actualmente después de haber vivido varios trastornos psicológicos, y que influencia trae consigo haber asumido la responsabilidad de cuidar a su nieta con síndrome de Down.

Gracias a entrevistas con la trabajadora social de este centro residencial se pudo conocer que después que la adulta mayor asume la responsabilidad de criar a su nieta, comenzó a realizar actividades de la vida diaria tales como lavar su ropa, darle de comer a su nieta, salir a caminar al parque, ver películas, la ayuda a dibujar y colorear, está pendiente de vestirse bonita y maquillarse antes de salir

a la calle hacer cualquier diligencia personal, mejoró su autoestima llegando a sentirse útil, de hecho, pasa el día más alegre y motivada, participa en las actividades recreativas, deportivas y culturales en compañía de su nieta.

CONCLUSIÓN

Una vez culminado este caso, podemos decir que desde la experiencia mostrada, la depresión en el adulto mayor tiende a ser crónica y recurrente. El suicidio es la consecuencia más común en las personas mayores con depresión, siendo aproximadamente el doble que en grupos de edad más joven, 90% de los pacientes mayores de 75 años de edad que se suicidan padecen depresión (Sable. J, 2002), se observó que la depresión es un conjunto de síntomas que se manifiesta por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria.

Por lo expresado en párrafos anteriores, en esta investigación se utilizó una metodología descriptiva y bibliográfica empleando la entrevista para la recolección de datos personales y familiares, acompañado de un test de “Escala de valoración de Hamilton” para la evaluación de la depresión. En este reporte de caso titulado “El cuidado de los nietos como experiencia de recuperación de una adulta mayor con depresión”, se tomó como referencia a la adulta mayor B, viuda de 73 años de edad, la cual tuvo tres hijos, la misma después de la muerte de uno de ellos, cayó en estado depresivo por eso intentó suicidarse tres veces, la primera vez ingirió unas pastillas, la segunda se arrojó a un vehículo en marcha y la tercera pensó en lanzarse al metro.

Al aplicar estos instrumentos, se obtuvo como resultado que, la adulta mayor está ubicada en el tiempo y el espacio, es auto valido e independiente, y no cuenta con el apoyo de sus hijos. Ahora bien debido a sus trastornos depresivos se le realizó un test de “Escala de valoración de Hamilton” para evaluar su nivel de depresión, después de todo lo vivido cuando asumió la responsabilidad de cuidar a su nieta que presenta síndrome de Down. El test arrojó una puntuación de 10 puntos que clasifica a la Adulta Mayor con depresión ligera o menor, lo que indica que, los lazos familiares influyen en cómo se visualiza la vida, pues le da más valor e importancia sobre todo cuando se encuentra en compañía, en el caso particular es el amor de su nieta.

Como futuros gerontólogos, recomendamos realizar contacto con los dos hijos de la adulta mayor para tratar de mantener una relación sana y a su vez insertarla a su grupo familiar con actividades productiva, así como también, motivarla a participar en actividades recreativas, manualidades y deportivas para que se anime a vivir cada día de la mejor manera posible, y que este mismo sentimiento sea transmitido a su nieta. Por medio del cuidado de su nieta, esta adulta mayor comenzó a sentirse útil para la sociedad, ya que mantiene su tiempo ocupada atendiéndola, lavando su ropa, supervisando su alimentación, salir a cobrar en el banco para comprar alimentos, realizar actividades recreativas como manualidades, bailar, colorear, escuchar música y pasar el día viendo películas.

Al concluir este caso, se pudo evidenciar que en la medida que un adulto mayor se sienta útil dentro y fuera de su la familia forma parte fundamental y vital tanto en su vejez como en su desarrollo como ser humano, pues la adulta mayor se siente motivada a seguir adelante sobrellevando las dificultades que le presente la vida; así se observa en esta adulta mayor, quien día tras día se empeña en dar un buen cuidado a su nieta, tratándola con mucho amor, atención, alegría y cariño, siendo reciproco este trato convirtiéndose una oportunidad para fortalecer su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, text revision DSM IV-TR. 4th ed. Washington: APA; (2000).

Cárdenas, L. y Suárez, Z. (2005) *Adulto mayor y síntomas depresivos.* Trabajo para optar al título de Magister en Salud Pública. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.

Escala de Hamilton - Hamilton Depresion Rating Scale (HDRS). Disponible en URL: file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/depresion-escala-hamilton.PDF (Consulta 22 de Noviembre de 2018).

Gómez, C.; Bohórquez, A.; Pinto, D. y otros. (2004) *Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana.* Disponible en URL: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8150/23682.pdf?sequence=1 (Consulta 22 de Noviembre de 2018).

Instituto Nacional de los Servicios Sociales. *Reseña Histórica.* Disponible en URL: http://www.inass.gob.ve/ (Consulta 22 de Noviembre de 2018).

Ley de Servicios Sociales (2005) Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela Nº 38.694.

Peña, D; Herazo, M; y Calvo, J. (2009) *Depresión en ancianos*. Bogotá. Rev. Fac. Med., Volumen 57, Número 4, p. 347-355.

Triadó, C.; Villar, F.; Solé, C. y entre otros. (2009); *Los abuelos/as cuidadores de sus nietos: percepción de ayudas recibidas, conductas problemáticas de los nietos y satisfacción con el rol.* Disponible en URL: https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832322055.pdf. (Consulta 07 de Enero de 2019).