



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA

**EL ABANDONO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LOS
ESTADOS DEPRESIVOS EN EL ADULTO MAYOR DEL
HOGAR DE ANCIANOS "DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ"
PERIODO DICIEMBRE 2014 - MAYO 2015.**

Tesis previa a la obtención del título de
Psicóloga Clínica.

1859

AUTORA:

Mónica Paola Pacheco Zaruma

DIRECTORA:

Dra. Mayra Rivas Paladines Mg. Sc.

Loja - Ecuador

2015

CERTIFICACIÓN

Dra. Mayra Rivas Paladines Mg. Sc.

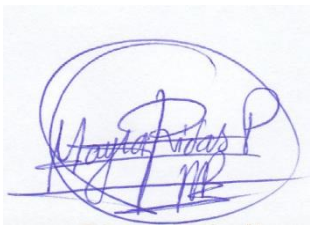
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación de tesis titulado: EL ABANDONO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LOS ESTADOS DEPRESIVOS EN EL ADULTO MAYOR DEL HOGAR DE ANCIANOS "DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ" PERIODO DICIEMBRE 2014 - MAYO 2015. Realizado por la egresada: Mónica Paola Pacheco Zaruma, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución.

Por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que le dé el trámite correspondiente.

Loja, Junio de 2015



Dra. Mayra Rivas Paladines Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Mónica Paola Pacheco Zaruma, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes Jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma:



Autora: Mónica Paola Pacheco Zaruma

Cédula: 1105162893

Fecha: 24 de Julio 2015

**CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS POR PARTE DE LOS AUTORES,
PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y
PUBLICACION ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO**

Yo, **Mónica Paola Pacheco Zaruma**, declaro ser autor de la tesis Titulada: **EL ABANDONO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LOS ESTADOS DEPRESIVOS EN EL ADULTO MAYOR DEL HOGAR DE ANCIANOS "DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ" PERIODO DICIEMBRE 2014 - MAYO 2015.** Como requisito para optar al título de **Psicóloga Clínica**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de su visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de Información de país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja al mes de junio del dos mil quince, firma la autora.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.



Firma:

Autora: Mónica Paola Pacheco Zaruma

Cédula: 1105162893

Dirección: La Tebaida.

Correo Electrónico: monpaza0691@gmail.com

Teléfono: 0996597370

Directora de Tesis: Dra. Mayra Rivas Paladines Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

PRESIDENTE: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mg. Sc.

VOCAL: Lic. Diego Andrade Mejía Mg. Sc

VOCAL: Dra. Alicia Dolores Costa Aguirre Mg. Sc

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a DIOS, por darme la vida y la fortaleza necesaria, para alcanzar mis metas; a mi familia en especial a mis padres, esposo e hijo, gracias por sus consejos y su apoyo incondicional, sin ustedes no lo pudiera haber alcanzado.

Mónica

AGRADECIMIENTO

Ala Universidad Nacional de Loja, en especial a la carrera de Psicología Clínica, del Área de la salud Humana, por haberme formado profesionalmente; ala DoctoraMayra Rivas Paladines, quien supo dirigir este trabajo, gracias por su inagotable talento profesional y su calidad humana.

Así mismo agradezco al asilo de ancianos Daniel Álvarez Sánchezpor facilitarme desarrollar mi tesis; en especial a los adultos mayores.

Y a todos quienes, coadyuvaron en mi formación y en el desarrollo de este trabajo...gracias...por todo

Mónica

a. TÍTULO:

EL ABANDONO FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LOS ESTADOS
DEPRESIVOS EN EL ADULTO MAYOR DEL HOGAR DE ANCIANOS
"DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ" PERIODO DICIEMBRE 2014 - MAYO 2015.

b. RESUMEN

La presente tesis hace referencia al abandono familiar y su relación con los estados depresivos del Adulto Mayor. Se intentó determinar cómo se relaciona el abandono familiar con los estados depresivos mientras específicamente se concurre en; indagar las consecuencias del abandono familiar en los estados afectivos del adulto mayor; precisar los estados depresivos; y elaborar un plan de psicoeducación, con la finalidad que los adultos mayores internados en el Hogar de Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez”, reciban herramientas que les permita afrontar de manera adecuada sus estados depresivos y por ende mejorar su calidad de vida. La investigación es tipo científico-social, de carácter transversal, con enfoque cuanti-cualitativo, además de utilizar métodos científicos como el deductivo, inductivo, analítico, sintético y el modelo estadístico, mediante técnicas e instrumentos como la observación clínica psicológica, la encuesta estructurada dirigida a los profesionales y la escala de evaluación para la depresión de Hamilton, se evidencia que la mayoría de familiares nunca visitan a los adultos mayores, repercutiendo en que se encuentren abatidos, desganados, apáticos ante situaciones de contacto con los demás, inseguros, demostrando claras expansiones de tristeza y tendencia al llanto,, por cuanto la mayoría presentan niveles de depresión, exhibiendo en mayor porcentaje de tipo moderada. De ahí la necesidad de intervenir en la perspectiva de brindar una atención al adulto mayor, mediante técnicas de afrontamiento que permitan mejorar su estado emocional.

Palabras claves: adulto mayor, diagnóstico, estados depresivos, intervención psicológica.

SUMMARY

This proposal refers to family neglect relationship with depressive states of the elderly. We aimed to determine how family abandonment with depressive states specifically attended to; investigate the consequences of family abandonment in affective states of the elderly; depressive states specify the Elderly; and develop a plan of psychoeducation, in order that older adults admitted to the Nursing Home "Daniel Alvarez Sanchez", receive tools to enable them to cope adequately their depressive states and thus improve their quality of life, research is social science, crosscutting, with quantitative and qualitative approach, in addition to using such scientific methods as deductive, inductive, analytical, synthetic and statistical model, using techniques and tools as psychological clinical observation, structured survey aimed at professionals and the rating scale for depression of Hamilton, is evidence that most families never visit the elderly, affecting who are dejected, listless, apathetic in situations of contact with others, insecure, demonstrating clear expansions sadness and tearfulness, because most have levels of depression, exhibiting a higher percentage of moderate type. That's why the need to intervene in perspective of providing care to the elderly, by coping techniques to improve your emotional state.

Keywords: elderly, diagnosis, depression, psychological intervention.

c. INTRODUCCIÓN

De datos obtenidos de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid 2002, se conoce que en el siglo XX se produjo una revolución de longevidad. La esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950 y llega ahora a 66 años, y se prevé que para el 2050 aumente 10 años más. Este aumento se notará, en Asia y América Latina, fundamentalmente; en donde la proporción del grupo clasificado como personas de edad aumentará del 8% al 15% entre 1998 y 2025.

Guerrini (2010), expresa que la vejez es una etapa compleja, en la que incide de manera directa la relación con los otros, el rol social que se le dé al adulto mayor, la posibilidad de seguir manteniendo una vida activa mediante la participación en diversos grupos en todos los ámbitos, siendo estas las características que les posibilitan un equilibrio emocional.

Pero lamentablemente el adulto mayor en un elevado porcentaje, debe afrontar condiciones, no adecuadas para su estabilidad emocional, situaciones de marginalidad, abandono, jubilación, exclusión social, empobrecimiento de las relaciones sociales, pérdidas de capacidades físicas, psicológicas entre otras (Iborra, 2008, pág.14).

Dentro de ellas la principal es el abandono por parte de sus familias, lo que les origina dificultades que inciden generándoles estados depresivos, entendida como una enfermedad en donde la persona tiene constantemente sentimientos profundos de tristeza, desmotivación y baja autoestima. La persona deprimida tiene síntomas físicos y psicológicos muy claros, como falta de apetito o comer en exceso, dormir mucho o no dormir, tristeza constante, llanto fácil, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (2014), indica que la depresión se ha convertido en una pandemia, siendo una patología tan importante, que en 10

años será la primera causa de incapacidad clínica en el mundo. Pero en el adulto mayor, la problemática es aún mayor, pues los sentimientos de tristeza, abandono y soledad suelen ser más fuertes, por los múltiples y drásticos cambios que presentan y por la falta de cuidado que se le da a esta enfermedad en esta etapa de la vida.

Por lo cual esta investigación dada la relevancia de esta patología y las pocas investigaciones sobre el abordaje psicológico de la misma, trata sobre el abandono familiar y su relación con los estados depresivos en el adulto mayor del hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez.

La investigación es de tipo científico -social, de carácter transversal, con enfoque mixto cuanti-cualitativo, por cuanto se basa en el uso de métodos científicos como el deductivo, inductivo, analítico, sintético y el modelo estadístico.

Con el propósito de mantener una secuencia lógica en el desarrollo de la investigación, se planteó un objetivo general, que fue: Determinar cómo se relaciona el abandono familiar con los estados depresivos del Adulto Mayor del hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez, de la ciudad de Loja.

Igualmente se estructuraron tres objetivos específicos: Indagar las consecuencias del abandono familiar en los estados afectivos del adulto mayor del hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez, de la ciudad de Loja.

Precisar los estados depresivos del Adulto Mayor del hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez, de la Ciudad de Loja, a causa del abandono familiar.

Y elaborar un plan de psicoeducación, con la finalidad que los adultos mayores del hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez, de la ciudad de

Loja reciba herramientas que les permita afrontar de manera adecuada sus estados depresivos y por ende mejorar su calidad de vida.

Del mismo modo se utilizaron referentes bibliográficos, en donde se exponen contenidos relacionados con la familia, definición, tipos, familia funcional, familia disfuncional, el adulto mayor y su rol en el sistema familiar, el abandono familiar en el adulto mayor, estados afectivos en el adulto mayor, definición, trastornos afectivos en el adulto mayor, depresión, causas de la depresión en el adulto mayor, síntomas de la depresión en el adulto mayor.

Se aplicaron instrumentos que permitieron evidenciar que la mayoría de familiares nunca visitan a los adultos mayores, repercutiéndoles esto en que se encuentren abatidos, desganados, apáticos ante situaciones de contacto con los demás, inseguros, y demuestran claras expansiones de tristeza y tendencia al llanto, por cuanto la mayoría presentan niveles de depresión, en mayor porcentaje depresión moderada.

De ahí la necesidad de intervenir mediante un plan de psicoeducación; en la posibilidad de brindar una atención al adulto mayor, mediante técnicas de afrontamiento, que permitan mejorar su estado emocional.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

1. FAMILIA

1.1 DEFINICIONES

Gomes (2001), indica que la familia se refiere al grupo de individuos vinculados entre sí por lazos consanguíneos, consensuales o jurídicos, que constituyen complejas redes de parentesco actualizadas de manera episódicas a través del intercambio, la cooperación y la solidaridad.

La Organización Mundial de la Salud, define familia como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos. En su concepción más conocida está constituida por la pareja y su descendencia. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella. Ello indica que la familia está ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea. (Organización Mundial de la Salud OMS, 2009)

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Asamblea General de las Naciones Unidas (1948) considera que familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Berzosa, Santamaría y Regodón (2011) manifiestan que familia es una estructura dinámica que evoluciona con la sociedad de la que forma parte y de la que constituye una fundamental referencia para entenderla. Los factores que determinan su composición, su tamaño y cómo se forman no

son sólo demográficos sino que tienen que ver también con cuestiones económicas y sociales.

1.2 TIPOS

1.2.1 FAMILIA FUNCIONAL

Huerta (2009) define a la funcionalidad familiar como la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Castellón (2012), manifiesta que el funcionamiento familiar es por concepto, el “conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia.

Arés (2011), cita que el de funcionamiento familiar, permite hacer un análisis psicosocial de la familia en cuanto a si la misma cumple con sus funciones educativas acorde a las expectativas sociales, partiendo de ver la familia en su dimensión social, cultural e histórica.

1.2.2 FAMILIA DISFUNCIONAL

Una familia disfuncional, es aquella en que los conflictos, la mala conducta y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales, se produce continuamente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones. A veces los niños crecen en este ambiente con el entendimiento de que tal disposición es normal. Las familias disfuncionales son también el resultado de personas afectadas por adicciones. Otros orígenes son las enfermedades mentales no tratadas y padres que emulan o intentan corregir excesivamente. En algunos casos, el abuelo permitirá que el padre dominante abuse de sus hijos. (Gonzales 2012).

1.3 EL ADULTO MAYOR Y SU ROL EN EL SISTEMA FAMILIAR

La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos. De allí la necesidad de encarar la problemática de la vejez desde el espacio familiar (Guzmán,2003, págs. 25 y 26).

Abordar la problemática del envejecimiento como proceso demanda conocer el rol del anciano dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la senectud. Las mayores expresiones de bienestar físico y psíquico en la vejez se encontraron siempre asociadas a una fuerte interacción con la familia, postura que se confirmó hace más de una década.

Las ventajas de la familia en su rol de cuidadora de ancianos es señalada por tener generalmente como objetivo mayor seguridad emocional y mayor intimidad, evita al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización: despersonalización, abandono, negligencias, confusión mental, medicalización exagerada y falta de afecto(Huenchuan, 2002, p. 5).

Si se considera lo anteriormente planteado, se deduce que la familia tiene un papel rector en garantizar al anciano los recursos alimentos necesarios para una adecuada nutrición e higiene, la cual va a influenciar el devenir de un gran número de enfermedades y discapacidades, entre ellas la demencia.

El pensar y reflexionar sobre la vejez no es patrimonio del pensamiento moderno. Desde los tiempos primordiales el hombre ha percibido cómo su cuerpo se modificaba con los años, cómo sus fuerzas decaían en la batalla y en la cacería y, al mismo tiempo, advertía su sustitución por la generación más joven. A medida que transcurren el tiempo los pensamientos se aquietan, la actitud madura y los impulsos vitales se apaciguan(Naranjo, 2002, págs. 43 y 44).

Por otro lado podemos decir que la vejez es una construcción social a lo largo de la historia y de las diversas teorías sociológicas y psicológicas aparecidas sobre este tema, para hacer hincapié en la necesidad de una nueva ética social que contrarreste los efectos de una sociedad hedonista, consumista y apegada a la juventud como referente vital.

Históricamente la actitud de las comunidades ante la vejez ha pasado por vicisitudes diversas. Si bien poco se sabe de las sociedades prehistóricas, donde debieron de existir pocos ancianos por las dificultades que implicaba la vida cotidiana, si es cierto que las culturas orientales han sólido guardar y mantener una visión positiva y de veneración a la ancianidad que ha alcanzado incluso a la mujer de edad, aunque sólo sea por su papel de intermediaria entre generaciones. (Imbert, 2007, p.6-8)

1.4 EL ABANDONO FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR

El abandono o negligencia, al igual que las otras formas de maltrato puede ser intencionado o no intencionado. Es intencionado cuando el cuidador por prejuicio, irresponsabilidad o descuido deliberado deja de proveer a la persona mayor de los cuidados necesarios para su condición y situación; esto se conoce como abandono o negligencia activos. Y es no intencionado cuando el cuidador no provee los cuidados que requiere el adulto mayor por ignorancia o porque es incapaz de llevarlos a cabo; se define como abandono o negligencia involuntarios o pasivos. (Moya, 2005, p. 25)

Existe una variable más, que no se encuentra desarrollada es la de la autonegligencia, que se refiere cuando el comportamiento de una persona mayor amenaza su salud o seguridad y suele manifestarse como una negación a proveerse de una adecuada alimentación, vestido, vivienda, seguridad, higiene personal y medicación.

Los resultados estadísticos de la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE I ECUADOR 2009 - 2010), arrojan datos sobre la prevalencia de la negligencia y abandono por edad. El indicador de abandono y negligencia que se utilizó, fue la dejación de los cuidadores de proporcionarle dinero, alimentos o medicamentos que requiere el adulto mayor para sostenerse y/o si lo han dejado solo por largos periodos de tiempo. Los datos que se obtuvieron reflejan que la mayor prevalencia de la negligencia y abandono está en los adultos mayores de 75 años o más años (con el 15.8%) y el de menor prevalencia se encuentra en el grupo de 65 a 75 años (14.1%). Por otro lado, tomando en cuenta la prevalencia de esta forma de maltrato por subregión (considerando solamente: sierra urbana y rural, costa urbana y rural, Quito y Guayaquil), se evidencia que en la Sierra rural está la mayor prevalencia de esta forma de abuso, y además se observa que en Quito se ubica la menor prevalencia en el país.

Por último tomando en consideración las prevalencias de los diferentes tipos de maltratos en personas mayores de 60 años en el Ecuador en el 2009, resulta relevante destacar que en primer lugar la violencia psicológica (16.4%) –cuyo indicador son las amenazas con daño físico, insultos y la amenaza de llevarlos a un asilo- y en segundo lugar la negligencia y abandono (14.9%) constituyen las dos formas de maltrato con mayor prevalencia. Mientras que el abuso económico (6.4%), la violencia física (4.9%) y la violencia sexual (3.0%) tiene menor prevalencia en el país. En general la prevalencia de todos los tipos de maltrato es mayor en las mujeres que en los hombres, pero considerando la edad existen ciertas

excepciones en las que los hombres reciben más maltratos en relación a las mujeres, éste sería el caso de la prevalencia de la violencia física que es mayor en los primeros (Freire 2010, p. 245-246).

Una de las principales causas según manifiesta Maguey (2013), para que suceda el abandono, es que la persona adulta mayor ya no posea una vida laboral útil y comience a generar gastos en la familia. Situación que causa tensión y trasforma el trato de sus hijas e hijos, amistades y parientes cercanos.

Al sufrir una fractura con las personas más cercanas, el anciano tenderá a replegarse o desplazarse a un rincón de la casa. Reduciendo aún más su núcleo social y la interacción con los demás, provocando cuadros depresivos y aislamiento.

Otro caso frecuente ocurre cuando la familia se apodera de los bienes materiales de la o el adulto mayor, aprovechando su fragilidad, falta de memoria o dependencia. El abandono cobra sentido cuando al dueño original se le ignora, o se le agrede (física o verbalmente) y en ocasiones se le desplaza de la familia llevándolo a asilos o albergues en contra de su voluntad.

Por consecuencia, las familias pierden a un miembro clave para continuar con el aprendizaje y la sabiduría por experiencia. Socialmente este comportamiento denota una pérdida de identidad y fomenta la extinción de la transmisión cultural, de generación en generación, benéfica para el núcleo familiar y su identidad (Bruna, y otros, 2009).

2. ESTADOS AFECTIVOS EN EL ADULTO MAYOR

2.1 DEFINICIÓN

Goleman (1996) afirma que los “estados afectivos se refieren a un sentimiento, pensamientos, estados biológicos, estados psicológicos y el tipo de tendencias a la acción que lo caracterizan.” (p.418).

Dorón y Parot (1998) consideran que estado emocional es un “periodo particular de un organismo que sobreviene en condiciones muy definidas (una situación llamada emocional) acompañado de una experiencia subjetiva y de manifestaciones somáticas y viscerales.” (p. 200)

2.2 TRASTORNOS AFECTIVOS EN EL ADULTO MAYOR

Fernández (2011), expone que la afectividad es entendida como la manera en que el hombre se siente afectado por los múltiples acontecimientos de su vida. Cada hombre, dependiendo de sus intereses específicos, que a su vez le mueven a la acción, se siente afectado de distinta manera por los acontecimientos que le acaecen a lo largo de su vida; por lo tanto son esas “motivaciones” las que nos hacen sentirnos afectados de distinta forma; y esas motivaciones, no son otra cosa que los instintos biológicos de cada uno (p. 29).

Podemos distinguir, explica Fernández (2011), en concreto tres formas: las emociones que es la afectación brusca de una representación mental. Esa brusquedad nos lleva a un desequilibrio somático. Otra forma de afecto serían los sentimientos, son más matizados que las emociones y no conlleva a una modificación somática. Son situaciones momentáneas. Por último, tenemos los estados afectivos, que no dependen de ninguna representación o idea, y que suele calificarse como estado de ánimo, son nuestras

situaciones afectivas básicas, nuestra forma peculiar de ser vivir, una forma estable de sentirse afectado (p. 31).

Por lo tanto, comprender la dinámica afectiva de una persona sería comprender la estructura individual de sus intereses o tendencias.

De todo esto, podría extrapolar lo que sería una reacción vivencial anormal, que no es otra cosa que la patología de la emoción.

Citando a Jaspers (s.f.), una reacción vivencial normal, sería aquella caracterizada por una respuesta adecuada al acontecimiento que la provocó. Por el contrario, las reacciones emocionales anormales se producen cuando las personas reaccionan ante un acontecimiento nimio con una gran intensidad o de una forma insólita.

Lo que parece estar de base en tales anormalidades emocionales es la personalidad previa del sujeto, por lo que esta forma anormal de reaccionar puede hacérsenos más comprensible si atendemos a las temáticas conscientes e inconscientes del propio sujeto.

Los tres grandes síntomas de la afectividad, según Fernández (2011), son la depresión, la manía y la angustia, que pasaremos a comentar ahora mismo.

2.2.1 DEPRESIÓN

Se conoce con el nombre de depresión un estado de tristeza excesiva. El sujeto que se encuentra deprimido está apesadumbrado, cansado, sin ganas de hacer nada,... además en este estado de incapacidad se encuentra, o más bien, se siente extremadamente triste. Normalmente, este sentimiento de inutilidad, viene acompañado por otro sentimiento de culpa, y en esta situación, la idea de suicidio viene a considerarse como una solución apropiada (Gómez, 2012).

Sin embargo, hay que hacer notar que la sintomatología del depresivo es extremadamente variada. Antaño, los psiquiatras, por lo tanto, intentaron delimitar los síntomas, como ocurre con otras enfermedades somáticas, que son fundamentales para la depresión. Así consiguieron agruparlos en tres síntomas fundamentales: 1º la tristeza; 2º anhedonia; y 3º fatigabilidad. Se comprobó, más tarde, que esta división era artificial, por lo que se intentó unificar los síntomas en un criterio fundamental que describiese la depresión.

Este nuevo criterio debía ser, sin lugar a dudas, la tristeza. Sin embargo, la tristeza del depresivo no es una tristeza normal, esto es, no es la tristeza que experimenta cualquier sujeto ante un acontecimiento negativo. Normalmente la tristeza del depresivo es una tristeza sin causa; lo que llevó los psiquiatras a considerarla endógena. En algunas ocasiones, la persona deprimida, cuenta cómo empezó su tristeza a través de un acontecimiento, que a las luces del observador externo, el acontecimiento es insignificante para el desarrollo de dicha sintomatología (Rodríguez, 2005, p. 169).

Es cierto, que en algunas ocasiones, el paciente narra los acontecimientos por los que se encuentra en dicha situación, y dichos acontecimientos justifican por sí mismos la tristeza sentida. En este caso no podemos considerar causas endógenas (descartamos depresión endógena); pero sí podemos calificarla como depresión reactiva.

En la infancia, no son muy frecuentes las depresiones, aunque puede darse el caso. Un niño que está deprimido se muestra pasivo, con expresión triste, además de observarse un enlentecimiento en sus funciones psicológicas. Sin embargo, en la adolescencia, la depresión suele adquirir el tono de la melancolía.

Por la edad adulta, la mayoría de las depresiones comienzan rondando la edad de los cuarenta o cincuenta años, y estas son las depresiones típicas que estamos comentando.

Por último, hay que comentar, que en la gran mayoría de los pacientes depresivos aparecen sentimientos de despersonalización; si bien esta despersonalización, es distinta a la que acontece en el esquizofrénico (Rodríguez, 2005, p. 185).

2.2.2 MANÍA

Los pacientes aquejados de manía, tienen un estado permanente de alegría desmesurada. Todas sus funciones psíquicas se encuentran llamativamente aceleradas. Igualmente, su estado de ánimo es eufórico y optimista, cuanto menos.

El pensamiento que les caracteriza es extraordinariamente rápido. Sus ideas no suelen acabarlas, siempre comienzan con una, cuando no la han terminado, empiezan con otra, que normalmente tampoco acaban de exponer. Su diálogo, no es un auténtico diálogo, ya que más bien, consiste en un monólogo (Gómez, 2012p. 38 – 41).

Como pasaría con la depresión, se pueden distinguir tres síntomas fundamentales en la manía: 1º la alegría; 2º la excitación psicomotriz; 3º la fuga de ideas.

Una de las investigaciones que más luz ha dado al término de la manía, es la investigación psicoanalítica. Para Freud, y por lo tanto, para el psicoanálisis, la manía era el resultado de la fusión del yo con el superyó. El superyó, es la figura del padre, que naturalmente limita la actuación del yo. Con la derrocamiento del superyó ya no hay límite de actuación y se dedica todo el esfuerzo a sus excesos, por lo que su alegría es infinita.

Sin embargo, según las teorías de M. Klein (1928), el superyó nace antes del

complejo de Edipo, por lo que el niño puede demostrar ya una posición depresiva y/o una posición maníaca en la segunda mitad del primer año.

Siguiendo con la teoría de M. Klein (1945), una vez que él bebe supera la etapa esquizo-paranoide, tiene que aceptar la situación de una sola madre, un solo pecho, que frustra y gratifica a la vez. Normalmente el lactante, tiende a deprimirse, como reacción normal, pero puede también, elaborar la misma situación de forma maníaca, esto es experimentar una inmensa envidia del pecho de la madre, por lo que dominado por esa envidia y agresión, a la vez, destruye la fantasía de ese pecho, y al mismo tiempo, piensa que su madre no tiene ningún pecho y que más bien, el pecho es él. Así es él mismo la sede de todos los bienes, su alegría, por tanto, infinita.

De aquí se desprende que, tanto manía como depresión van de la mano, ya que son dos formas de elaborar la relación frustrada con el objeto libidinoso. La depresión era un intento de reparación del objeto, la manía es un intento de destrucción del objeto amoroso; por ello es que detrás de cada manifestación maníaca se encuentra un profundo sentimiento de culpa. (Machado, 2008).

Cuando el maníaco empieza a aceptar la realidad interpersonal, que como es lógico coincide con su curación, inmediatamente empiezan a aparecer tristeza y angustia. Esto es una forma más de comprobar la relación entre ambas patologías.

2.2.3 ANGUSTIA

El nombre de angustia hace referencia al miedo a lo desconocido. Hay dos conceptos que se suelen confundir con frecuencia, estos son la angustia y la ansiedad. En la angustia se teme algo que tiene que llegar, sin embargo en la ansiedad se teme algo actual. Mientras el angustiado espera las

desgracias, el ansioso pone todos los medios realizando conductas para alcanzar el equilibrio buscado.

Normalmente, la angustia se presenta en forma de violentas crisis (cuando es así, los pacientes piensan en un peligro inminente), o bien, en un estado de ánimo estable (Gutiérrez, 2013).

Las crisis de angustia se pueden presentar en cualquier persona, tenga o no patología.

En otras ocasiones, la angustia tiene forma de un estado de ánimo. En este caso, las manifestaciones vegetativas son más larvadas, pero están en constante funcionamiento.

Cuando, el síntoma fundamental que ocurre es la angustia, solemos hablar de neurosis de angustia. Freud (s.f.) pensó, en un principio, que la angustia era el resultado de la represión de las funciones sexuales; sin embargo, más tarde se habló de que la angustia era más bien la causa, en vez de la consecuencia. El análisis existencial ha hecho hincapié en la descripción de la angustia, refiriéndose a ella como la nada; esto es, lo que angustia al angustiado es la nada, ya que nuestra vida no tiene sentido en esa nada.

Cuando tomas conciencia de dicho hecho es cuando uno se angustia. Sin embargo, hay que tener claro, que esa angustia existencial es siempre un fenómeno patológico, ya que pasa de una cierta intensidad”.

2.3 LAS EMOCIONES EN EL ENVEJECIMIENTO

Salvarezza, (1996), la vida afectiva del adulto mayor se caracteriza por un aumento de las pérdidas, entendiéndolas como vivencias por las cuales siente que ya no tiene algo que es significativo para él a nivel real y subjetivo. Como parte de las mismas se refieren la pérdida de la autonomía (valerse por sí mismo, hacer lo que desea) y las pérdidas referidas a la

jubilación, muerte del cónyuge y de seres queridos, las cuales afectan a todos los ámbitos e implican para el adulto mayor un proceso de elaboración de duelo.

Otro aspecto de suma preocupación en esta etapa de la vida y que constituye a su vez, una de sus principales neoformaciones, es la representación de la muerte como evento próximo, la cual también debe tenerse en cuenta desde una concepción del desarrollo humano, ya que el adulto mayor comienza a pensar en la inminencia de su propia muerte, siendo presa de un miedo terrible con tan sólo pensar en lo “poco que le queda de vida” y no en lo que puede hacer día a día para vivir de una mejor manera (p.33).

Algunos estudiosos perciben la muerte como la última crisis de la vida, ya que la misma es el punto culminante de la vida; todo se encamina hacia ella. Se podría ver la vida entera como una preparación para la muerte; aunque cuando la enfrentamos estemos ante la verdadera prueba de madurez de lo aprendido a lo largo de los años, lo cual puede ser puesto a prueba en ese momento decisivo en el que hacemos frente a duelos y rupturas difíciles, pero irremediables (Urrutia, 2010).

Así este temor o miedo a la muerte será una especie de miedo al examen de la vida, al mayor de los exámenes, aunque también se esté ante el mayor de los miedos el cual se va acrecentando en la medida en que transcurren los años. Con respecto a la soledad, que según muchos autores constituye otro de los temores en esta etapa del desarrollo, se refiere que la percepción de la misma depende de la red de apoyo social de que disponga el individuo y de los propios recursos psicológicos que posea.

Entonces no debe ser asociada como un patrimonio de la vejez, sino que esto está en dependencia de la red de influencias sociales y culturales que entretejen la vida del adulto mayor.

Estas aristas de interés que muestran respecto al tema de la muerte y el sentimiento de soledad, reflejan dos de las principales preocupaciones que más aquejan al anciano en su cotidiano de vida, a las cuales se unen otras como los conflictos intergeneracionales, la jubilación, los problemas de salud y el empleo del tiempo libre. De los llamados “conflictos intergeneracionales” se tiene mucha tela por donde cortar, fundamentalmente porque los adultos mayores se ven expuestos a enfrentar la experiencia de los años vividos con diversos criterios y opiniones de la adolescencia y juventud.

Por ello suelen verse inmersos en diversos conflictos matizados por barreras comunicativas, prejuicios y estereotipos que desencadenan sentimientos de malestar y sufrimiento en todas direcciones; la convivencia se ve afectada en muchos casos por la falta de comunicación, de tolerancia y benevolencia.

La jubilación también constituye un tema preocupante en este período etéreo, ya que muchas mujeres y hombres llegan a la edad establecida para la jubilación sintiéndose aún a plenitud para seguir desarrollándose dentro del ámbito laboral. Frecuentemente se encuentran personas de edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, lúcidas, llenas de iniciativas y planes de trabajo. A pesar de que ellos se aprecian bien a sí mismos, la sociedad les dice por medio de la jubilación o de otras señales, que ya deben dejar el puesto a gente más joven y nueva, y que deben retirarse. Este sentimiento en la mayoría de las ocasiones le trasfiere al anciano una gran frustración que muchas veces suele acompañarlo en su diario vivir, entorpeciendo su eficiente desenvolvimiento posterior a la jubilación (Fernández, 1999).

Cuando la persona está preparada para decir adiós a su vida laboral activa y dar la bienvenida a las nuevas situaciones, la afectación es menor, encuentra su nuevo espacio en el hogar y la comunidad y conserva su autonomía y autoestima. Los problemas de salud también configuran el marco de las principales preocupaciones de la adultez mayor, entrelazadas

con el cierto deterioro físico al que se ven expuestos los ancianos y a través del cual vislumbran los últimos albores de su vida.

Algunos adultos mayores suelen ponerle trabas a la intención de mantener un estilo de vida activo y productivo, propiciando el deterioro de sus capacidades físicas e intelectuales, por lo cual limitan el acceso al disfrute y recreación de su tiempo libre. En la Tercera Edad, la actividad física-intelectual y el interés por el entorno canalizadas a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos. (Urrutia y Villarraga, 2010, p.6-8)

3. LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Domínguez (2012), al respecto manifiesta que la depresión se ha convertido en una pandemia. Cada año, miles de personas, sin importar su estatus, nacionalidad, edad o condición social se deprimen. Incluso, se estima que la cuarta parte de la población mundial puede estar pasando o pasará alguna vez por un cuadro depresivo. Es una enfermedad tan importante, que en 10 años será la primera causa de incapacidad clínica en el mundo. El mundo está triste (p. 39).

Pero en el adulto mayor, la problemática es aún mayor, pues los sentimientos de tristeza, abandono y soledad suelen ser más fuertes, por los múltiples y drásticos cambios que presentan y por la falta de cuidado que se le da a esta enfermedad en esta etapa de la vida.

La depresión es una enfermedad médica en donde la persona tiene constantemente sentimientos profundos de tristeza, desmotivación y baja autoestima. La persona deprimida tiene síntomas físicos y psicológicos muy claros, como falta de apetito o comer en exceso, dormir mucho o no dormir, tristeza constante, llanto fácil, entre otros.

Pero, ¿qué motiva, que sucede y cuáles son las consecuencias de deprimirse en la tercera edad? En este artículo conocerás a fondo lo que los especialistas han publicado sobre esta penosa enfermedad.

3.1 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

La depresión es la primera causa de consulta psiquiátrica para los mayores de 60 años. Además, la Organización Mundial de la Salud(2012), calcula que el 25% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de desorden psiquiátrico, siendo la depresión la enfermedad más frecuente (sólo superada por la demencia a partir de los 75 años).

Las causas por las que un adulto mayor se deprime son complejas. Enumeraremos algunas de ellas a continuación:

- Enfermedades incapacitantes.
- Muerte del cónyuge, hijos o familiares cercanos.
- Pensionarse o dejar de trabajar.
- Dolor crónico.
- Pérdida de la independencia (moverse, cuidarse o velar por sí mismo).
- Efectos secundarios de medicamentos que debe tomar diariamente.
- Enfermedades como el Mal de Párkinson, enfermedades cerebrovasculares, problemas tiroideos.

3.2 SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Un adulto mayor deprimido no puede diagnosticarse tan fácilmente, pues se cree que la fatiga, el insomnio o el sueño excesivo que presenta son sucesos normales en la vejez. Por eso, muchos no acuden a tiempo a

recibir el tratamiento adecuado y cuando consultan ya la depresión es profunda.

Los siguientes comportamientos pueden dar luces sobre si un adulto mayor está deprimido:

- Está constantemente confundido.
- Olvida constantemente los nombres, las fechas, los sucesos y las cosas más simples.
- Desaseo y falta de cuidado en la higiene personal.
- Descuido en el arreglo del hogar.
- Aislamiento, falta de contacto con familiares o amigos.
- Pérdida de peso, dolores de cabeza, trastornos de sueño, vértigo, etc.
- Apatía y aislamiento.

Por eso, si sus hijos, cuidadores o familiares ven estos u otro tipo de síntomas de depresión en el adulto mayor, es necesario buscar ayuda, pues las consecuencias de una depresión mal tratada pueden ser fatales para ellos.

Aunque el perfil de la depresión es algo variable y depende del tipo de trastorno afectivo, el núcleo básico es el afecto depresivo. El interlocutor lo capta fácilmente pues habitualmente se percibe la irradiación de tristeza que remite el paciente”.

En la depresión encontramos:

3.2.1 Síntomas afectivos

Los pacientes suelen presentar de forma predominante y estable un estado de ánimo deprimido, con tristeza, tendencia al llanto y sensación de

desesperanza. Su mímica transmite a los que están alrededor abatimiento y la sensación de que les cuesta pensar y que cualquier actividad les supone un suplicio. Otras veces destacan la irritabilidad, los sentimientos de frustración o de inseguridad y el temor catastrófico. Incluso puede suceder que no hagan referencia al estado de ánimo y centren sus quejas en molestias físicas.

3.2.2 Síntomas cognitivos

- Consideración negativa de sí mismo, que ocasiona baja autoestima y autoconcepto.
- Consideraciones negativas del entorno, interpreta erróneamente las situaciones externas.
- Consideraciones negativas del futuro; el paciente anticipa que los acontecimientos futuros serán negativos (desesperanza).

3.2.3 Síntomas fisiológicos

Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias) y del apetito, modificaciones en el peso y disminución del deseo sexual, falta de energía, agitación o enlentecimiento psicomotor.

3.2.4 Síntomas conductuales

Abulia, anhedonia, deterioro social y laboral, disminución de la capacidad de concentración, actos impulsivos e intentos suicidas.

e. MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación, es de carácter científico social con enfoque cuanti – cualitativo, de tipo transversal, encaminada a indagar el impacto del abandono familiar en los estados depresivos del adulto mayor del Hogar de Ancianos Daniel Álvarez Sánchez; para el desarrollo adecuado de la misma se emplearon métodos científicos, como el inductivo, deductivo, analítico, sintético, descriptivo y el modelo estadístico.

Técnicas e instrumentos

Observación clínica psicológica

Se basa en la selección, el registro de un conjunto de comportamientos o hechos de un individuo o unidad en su medio natural permitiendoadvertir los hechos tal y como se presentan en la realidad y consignarlos por escrito (dar fe de que eso está ocurriendo, dejar constancia de lo que ocurre) auxiliándose de técnicas como registros estructurados y listas de chequeo; es decir contribuye a corroborar la sintomatología asociada a la depresión de los adultos mayores.

Encuesta estructurada

Se fundamenta en una serie de preguntas realizadas de antemano a un sujeto o grupo que tienen como objetivo la recolección de información. El modelo de la encuesta es en sí mismo pragmático, ya que depende del enfoque o tipo de investigación a realizar, al igual que el tipo de información que se va a manejar. (Hincapié y Correa, 2014). Las encuestas se las realiza a grupos de personas con características similares, en este caso a los profesionales que laboran con el adulto mayor.

Escala de Hamilton para depresión

La HDRS consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.

Corrección e interpretación

Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño (Bech, 1996). También se ha descrito un factor de vitalidad-enlentecimiento (Tollefson y cols., 1993). La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Existen distintos puntos de corte o normas de interpretación. Los que utilizaremos son los siguientes:

No deprimido: 0-7

Depresión leve/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

El criterio de inclusión más utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación 18.

Se considera remisión cuando la puntuación en la HDRS es < 7.

Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13), ansiedad (ítems 9-11), sueño (ítems 4-6) y vitalidad (ítems 1, 7, 8 y 14). Para el índice de melancolía, Bech propone los siguientes puntos de corte: de 0 a 3, no hay depresión; de 4 a 8, depresión menor; > 8, depresión mayor. Para el factor de vitalidad-enlentecimiento Judge y cols. (2000) utilizan los siguientes puntos de corte: < 8, bajo enlentecimiento; 8, nivel elevado de enlentecimiento. De esta manera nos ofrece una medida de la intensidad o gravedad de la depresión en este caso de los adultos mayores del hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez.

Población y muestra

La población investigada yació en los Adultos Mayores del hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez, de la ciudad de Loja que cuenta con un universo estadístico de 35 adultos mayores y 8 profesionales (43 en total), mientras que para la realización de esta propuesta se exploró una muestra estadística

de 34 personas, entre ellas 26 adultos mayores y 8 profesionales. Por cuanto se consideraron criterios de inclusión: Adultos Mayores que han sido abandonados en el Hogar de Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez”, por sus familias. Profesionales que laboran con el Adulto Mayor que estén de acuerdo con el desarrollo de la investigación y Adultos Mayores que no presenten demencias (5 casos). Y criterios de exclusión: Adultos mayores que reciben visitas permanentes de sus familiares; o que presenten enfermedades crónicas degenerativas tales como cardiopatía isquémica, neumonía, y cualquier forma de cáncer. (4 casos).

Para el procedimiento, se debe explicar que cada uno de los instrumentos se los aplico de forma individual, para lo cual se acudió al escenario antes indicado, los días martes y jueves en el horario de 07h00 a 11h00, se contó con la colaboración y predisposición tanto de los profesionales como de los adultos mayores, así mismo las autoridades del Hogar de Ancianos Daniel Álvarez Sánchez, dieron todas las facilidades, para poder desarrollar con éxito la investigación de campo.

f. RESULTADOS

OBJETIVO 1: Indagar las consecuencias del abandono familiar en los estados afectivos del adulto mayor del hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez, de la ciudad de Loja.

Encuesta estructurada, dirigida al personal del Hogar de ancianos “Daniel Álvarez Sánchez”.

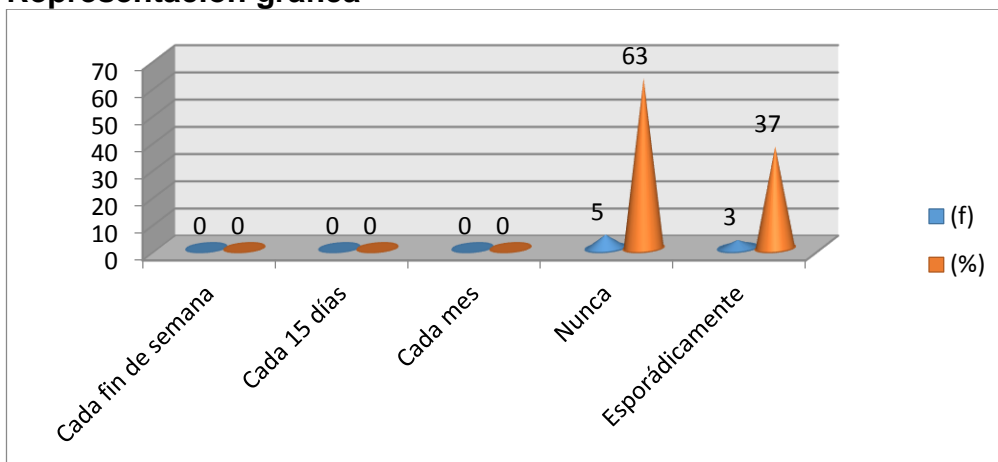
3. Frecuencia con la que la familia visita en el hogar “Daniel Álvarez Sánchez”, al adulto mayor.

Matriz 1

Visita Familiar	(f)	(%)
Cada fin de semana	0	0
Cada 15 días	0	0
Cada mes	0	0
Nunca	5	63
Esporádicamente	3	37
Total	8	100

Fuente de investigación: Encuesta Estructurada
Elaborado por la investigadora.

Representación gráfica



Fuente de investigación: Encuesta Estructurada
Elaborado por la investigadora.

Análisis e interpretación

Teniendo en cuenta que es importante para la vida del anciano la protección que recibe de su grupo familiar y más significativa aún si este se encuentra institucionalizado, dichas familias no deben dejar de desempeñar su papel de cuidadoras sino que lo han de ejercer con las visitas familiares sin embargo cuando surge algún tipo de ruptura con las personas más cercanas, el adulto mayor con probabilidad tenderá a replegarse a un rincón. Reduciendo aún más su núcleo social y la interacción con los demás, provocando cuadros depresivos específicamente y aislamiento; Por lo tanto de acuerdo a las estadísticas en dicha frecuencia, visualizan una tendencia importante ya que según nuestra iniciativa la mayoría en un 63% de familiares *nunca* visitan a sus parientes, seguido de *esporádicamente* con 37% y finalmente, cada fin de semana, cada 15 días, y cada mes, reportaron estadísticas nulas de un 0%.

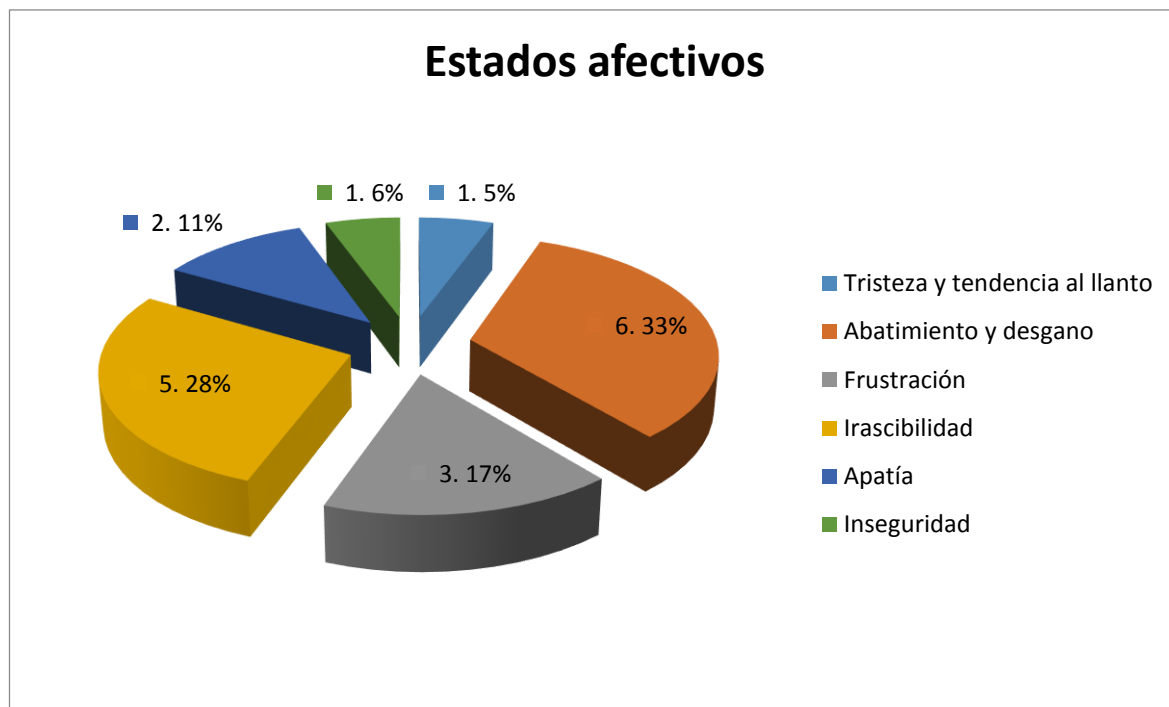
4. Estados afectivos que manifiesta el adulto mayor a causa del abandono familiar.

Matriz 2

Estados afectivos	(f)	(%)
Tristeza y tendencia al llanto	1	5
Abatimiento y desgano	6	33
Frustración	3	17
Irascibilidad	5	28
Apatía	2	11
Inseguridad	1	6

Fuente de investigación: Encuesta Estructurada
Elaborado por la investigadora.

Representación gráfica



Fuente de investigación: Encuesta Estructurada
Elaborado por la investigadora.

Análisis e interpretación

El estado afectivo en la edad madura es a menudo de desgaste, desánimo y desilusión, por la experiencia que vive el anciano al verse, de pronto, no aceptado, y abandonado. Esto ocasiona que se va apartando de su entorno al no poder comunicarse con su familia, a su vez la familia no lo entiende y lo va aislando causando el ser abandonado. Al transcurrir por un rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta de afectividad, siendo esta última de gran valor para el fortalecimiento y crecimiento de una familia. Provocará con seguridad, cambios bruscos en los estados de ánimo, que no sólo causan incomodidad en el sujeto sino para quienes tratan con él. Dicho esto alrededor del 33% de adultos mayores manifiestan *abatimiento* y *desgano*, continuo 28% muestra estados de *irascibilidad* conjunto de un 17% que suelen sentir *frustración* y a niveles bajos pero no por ello menos sustanciales encontramos que 11% pueden ser apáticos ante situaciones de contacto con los demás, mientras que 6% se muestran *inseguros*, y 5% demuestran claras expansiones de *tristeza* y *tendencia al llanto*.

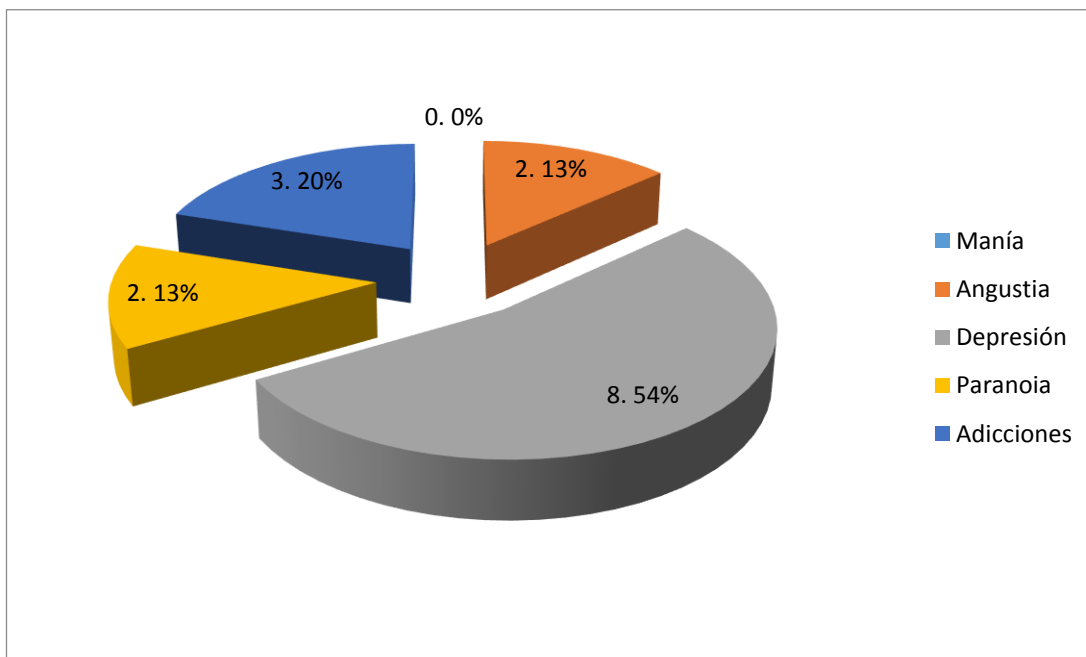
5. Trastornos afectivos que manifiesta el adulto mayor a causa del abandono familiar

Matriz 3

Trastornos afectivos	(f)	(%)
Manía	0	0
Angustia	2	13
Depresión	8	54
Paranoia	2	13
Adicciones	3	20

Fuente de investigación: Encuesta Estructurada
Elaborado por la investigadora.

Representación gráfica



Fuente de investigación: Encuesta Estructurada
Elaborado por la investigadora.

Análisis e interpretación

Los adultos mayores con trastornos psico geriátricos constituyen un grupo significativo de la población general, siendo algunas patologías particularmente relevantes en esta etapa tales como trastornos cognitivos, afectivos en especial depresión, ansiedad; abuso y dependencia de alcohol, y trastornos de personalidad. Si bien, algunos estudios se centran en la resolución de estos trastornos, queda mucho por hacer en este terreno y en especial en el área de los trastornos afectivos. Particularmente estos trastornos desencadenados por el abandono causan en la psiquis del individuo tal tortura que muchos perciben la muerte como primera opción, al ver y sentirse incapaces algunos llega al consumo de sustancias siendo específico en este grupo etario las medicamentosas, y otros pocos se sienten temerosos, esperando angustiados ante las desgracias. Por lo tanto al representar una vez más evidenciamos que 54% de adultos mayores padecen *depresión*, mientras que 20% sufre o ha sufrido de *adicciones*, y un 13% suele vivir en constante *angustia y paranoia*.

- **Objetivo 2:** Precisar los estados depresivos del Adulto Mayor del hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez, de la Ciudad de Loja, a causa del abandono familiar.

Escala de Hamilton para la evaluación de depresión (HDRS)

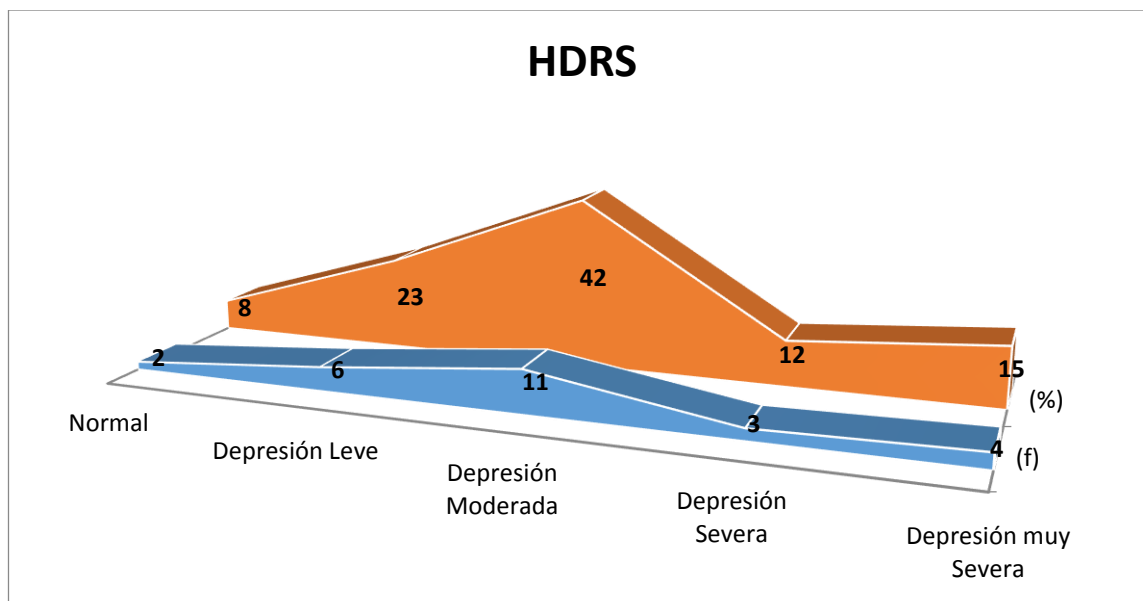
Estados depresivos

Matriz 4

Estado depresivo	(f)	(%)
Normal	2	8
Depresión Leve	6	23
Depresión Moderada	11	42
Depresión Severa	3	12
Depresión muy Severa	4	15
Total	26	100

Fuente de investigación: Escala Hamilton para la evaluación de Depresión.
Elaborado por la investigadora.

Representación gráfica



Fuente de investigación: Escala Hamilton para la evaluación de Depresión.
Elaborado por la investigadora.

Análisis e interpretación

Llamamos depresión a un estado de tristeza excesiva. El sujeto que se encuentra deprimido está apesadumbrado, fatigado sin ganas de hacer cosa alguna, además en este estado de incapacidad normalmente, transcurre un sentimiento de inutilidad, acompañado por otro sentimiento de culpa, y en esta situación, la idea autolítica viene a considerarse como una solución apropiada.

Habiendo dicho esto a partir de la gráfica corroboramos que los adultos mayores en 42% de los casos acontecen por una *depresión moderada*, seguido de 23% de depresión leve, 15% en depresión muy severa, 12% en depresión severa y un mínimo de 8% están en el rango de la normatividad, es decir que tenemos un alarmante número 92% de adultos mayores deprimidos independientemente en el nivel en el que se sitúe la persona se ve atravesando una situación de desolación y falta de afectividad propiciada evidentemente por el abandono familiar.

Escala de Hamilton para la evaluación de depresión (HDRS)

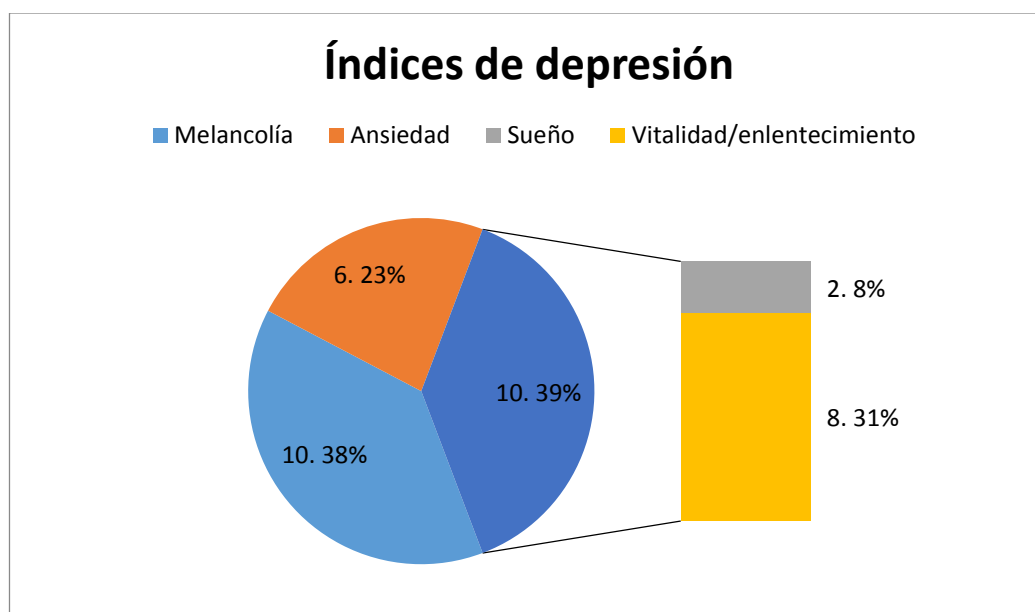
Factores o índices de la depresión

Matriz 5

Índices de depresión	(f)	(%)
Melancolía	10	38
Ansiedad	6	23
Sueño	2	8
Vitalidad/enlentecimiento	8	31
Total	26	100

Fuente de investigación: Escala Hamilton para la evaluación de Depresión.
Elaborado por la investigadora.

Representación gráfica



Fuente de investigación: Escala Hamilton para la evaluación de Depresión.
Elaborado por la investigadora.

Análisis e interpretación

Parecieran resaltar como índices definitorios en la depresión, la melancolía, la inhibición o enlentecimiento, problemas de sueño y ansiedad. Por lo tanto, el núcleo de la depresión lo constituye en sí la tristeza. En ocasiones, se acepta como equivalente de la tristeza el opacamiento del interés o la alegría. Puede, por otra parte, estar presente la tristeza sin lenificación ni opacamiento del funcionamiento intelectual, sino que por el contrario, la ansiedad y la excitación psicomotriz predominan en algunas depresiones. En contraste con los resultados obtenidos resalta que 38% de los adultos mayores padecen *melancolía*, mientras que 31% se sienten *enlentecidos*, 23% sufren *ansiedad*, y 8% adolecen problemas de *sueño*.

g. DISCUSIÓN

Gabriela Cevallos Serrano, en el 2011, efectuó un estudio denominado: Consecuencias psíquicas del abandono familiar en los ancianos de la institución Hogar de Vida Patronato San José, en la ciudad de Quito, en el que determinó que de la población de los adultos mayores ingresados a este centro el 100% sufren abandono familiar; lo que les ha repercutido manifiesta la autora en el predominio del estado de ánimo irritable en un 80%, disfórico en un 60%, deprimido en un 50%, por lo que concluye, que el 70% tiene alteraciones sintomáticas de la afectividad y el restante 30%, a pesar de experimentar algunos estados de ánimo que le producen malestar predominan en ellos el estado de ánimo eutímico.

Crespo Vallejo Jonathan (2013) en la investigación efectuada a la cual denominó prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores, en Asilos de la Provincia del Cañar (Rosa Elvira De León, Fundación de Protección al Anciano, Casa de Reposo Padre Nello Storoni y San Bartolomé), evidenció que el 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor a 4 que corresponde a normal. El Asilo, que más casos de depresión presenta, es el Asilo Rosa Elvira de León, con 20 casos que representan el 33,90%. El rango de edad que más casos de depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el comprendido entre los 80 – 89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino.

Estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH), calculan que el 15% de las personas mayores de 65 años ha presentado episodios de depresión en algún momento, un 2,5% de estas depresiones sería de tipo severo y un 13% de tipo leve. Un estudio llevado a cabo por la DEPRES (Depression Research in European Society) muestra una prevalencia de depresión mayor en pacientes de 65-74 años del 5,4, y

del 4,6% y del 9,7% en los mayores de 75 años. En los pacientes institucionalizados, la prevalencia de la depresión se acerca al 20%, y cuando existen otro tipo de afecciones, los porcentajes crecen de manera significativa.

Sentimientos de abandono en la residencia, alejamiento de la familia habitual, adaptación a un reglamento y normas originan sentimientos de minusvalía y baja autoestima. Los distintos estudios realizados en hogares para ancianos en España, señalan que existe una mayor tasa de depresión en aquellos ancianos institucionalizados, que en los que viven en la comunidad y no existe una correlación clara entre el nivel de depresión y la edad del adulto mayor.

Con los descritos estudios y en calidad de investigadora, comparto con los resultados anteriores, por cuanto, el abandono familiar es notorio que influye, a que los adultos mayores presenten estados depresivos, esto se evidencia una vez más con los resultados de la presente investigación, en la cual se estableció que el 63% de familiares nunca visitan a sus parientes, seguido de esporádicamente con 37%, a través de la Escala para Depresión de Hamilton se logró determinar que el 42% de los adultos mayores tienen *depresión moderada*, seguido de 23% con depresión leve, un 15% en depresión muy severa, 12% en depresión severa y un mínimo de 8% están en el rango de la normatividad, es decir que tenemos un alarmante número 92% de adultos mayores deprimidos independientemente en el nivel en el que se sitúe la persona se ve atravesando una situación de desolación y falta de afectividad propiciada evidentemente por el abandono familiar. Es decir el impacto del abandono familiar afecta, la salud mental de los adultos mayores, fundamentalmente si se les niega el derecho a gozar de las atenciones y privilegios vividos en familia que serían la principal garantía para mejorar su calidad de vida.

h. CONCLUSIONES

- Los adultos mayores del hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez, en su gran mayoría se corroboró que nunca reciben visitas por parte de sus familias, y en un porcentaje menor los visitan esporádicamente.
- Los adultos mayores del hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez, debido al abandono que sufren por parte de sus familias, presentan estados afectivos de tristeza y tendencia al llanto, abatimiento y desgano, frustración, irascibilidad, apatía e inseguridad.
- De acuerdo a los profesionales que laboran en el hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez, los adultos mayores, presentan dificultades fundamentalmente de depresión, paranoia y angustia.
- Los adultos mayores del hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez, mayormente fueron diagnosticados con depresión moderada, seguida de depresión leve, otro porcentaje depresión muy severa y severa y en un mínimo porcentaje presentan un rango de normatividad.

i. RECOMENDACIONES

- A las autoridades del hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez, de la ciudad de Loja, gestionen convenios con el Ministerio de Inclusión Económica y Solidaria y/o Universidades, para que se implemente en este centro la Unidad de Salud Mental, con el objetivo de brindar una atención integral a los adultos mayores.
- Al departamento de trabajo social del hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez, trabaje con el Ministerio de Inclusión Económica y Solidaria, en la perspectiva de sensibilizar a las familias para que visiten con mayor frecuencia al Adulto Mayor que se encuentran internados en el hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez, de la ciudad de Loja.
- Ejecutar un plan de psicoeducación, con la finalidad que los adultos mayores del hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez, de la ciudad de Loja reciban herramientas que les permita afrontar de manera adecuada sus estados depresivos y por ende mejorar su calidad de vida.
- A la carrera de Psicología Clínica, con la debida autorización de las autoridades de la Universidad Nacional de Loja, establezcan vínculos de participación con el Ministerio de Inclusión Económica y Solidaria, para que sus estudiantes, realicen prácticas pre profesionales en el hogar de ancianos Daniel Álvarez Sánchez, en la perspectiva de fortalecer su formación profesional y humana.

j. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría DSM – 5 (2015). Guía de consulta de los criterios diagnósticos. ISBN- Estados Unidos
- Cordero, Liliana. (2003). Trabajo Social con Adultos Mayores: Intervención profesional desde una perspectiva clínica, Buenos Aires- Argentina, Editorial Espacio.
- Diplomado en Salud Pública Módulo I (2012): Tendencias en Salud Pública: Salud y Salud Familiar y Comunitaria y Promoción.
- Domínguez Juan (2012), al respecto manifiesta que la Una enfermedad común en el adulto mayor
- Dorón y Parot (1998) Estados afectivos en el adulto mayor.
- Engels, F. (2012). El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Moscú, Alemania: Ed. Progreso.
- Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V. y Montesano, A. (2012). El modelo sistémico en la intervención familiar. Barcelona, España: Ed. Universidad de Barcelona.
- Fernández, R., Moya, R., Íñiguez, J. y Zamarrón, M. (1999). Psicología de la vejez. Madrid, España: Ed. Biblioteca Nueva.
- Freire, Wilma B. y otros (2009) Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, Quito- Ecuador.
- Goleman, D. (1998). La práctica de la inteligencia emocional. Barcelona, España: Ed. Kairós.
- Gutiérrez D. (1985). Dinámica familiar y patología. DF, México: Ed. Limusa.
- Guzmán M.J., Huaenchuan S., y Montes de Oca, 2003 Redes de Apoyo Social de Personas Mayores en América Latina y el Caribe, Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- Huenchuan N., Sandra y Sosa P., Zulma, 2002 Redes de Apoyo y Calidad de Vida de Personas Mayores en Chile.

- Huerta, J. (1999). Estudio de salud familiar en Programa de actualización 1ª Ed.). México.
- Iborra Marmolejo, Isabel, 2008 Maltrato de personas mayores en la familia en España, *Edita* Fundación De La Comunitat Valenciana Para El Estudio De La Violencia (Centro Reina Sofía), Valencia- España.
- Imbert, L. (2007). El entorno familiar del adulto mayor. Barcelona, España: Edit. S.L.
- Martínez Pérez Patricia (2008); El abandono social en el adulto mayor. EADSE
- Monedero Carmelo (2013) biología y salud mental, trastornos afectivos.
- Moya B., Antonio y Barbero G., Javier (2005), Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación, Madrid- España, IMSERSO.
- Naranjo A. Migdalia y otros, 2002, Educación a Familiares sobre el Manejo del Adulto Mayor Dependiente en revista cubana enfermería, Ministerio de Salud Pública, Santiago- Cuba
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). Instituto Mexicano de Seguridad Social. Washington, Estados Unidos: Ed. OPS.
- Orosa, T. (2001). *La Tercera Edad y la Familia: una mirada desde el adulto mayor*. La Habana, Cuba. Ed. Félix Varela.
- Ostrosky, F. y Vélez, A. (2013) Neurobiología de las emociones. D.F, México.
- Piña M., Vicente Marcelo, (2004) Gerontología Social Aplicada: Visiones estratégicas para el Trabajo Social, Buenos Aires- Argentina, Editorial Espacio.
- Rodríguez Campuzano, M.L. & Frías Martínez, L.; (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud*. Vol. 15,2.
- SABE I ECUADOR 2009-2010, MIES, Quito- Ecuador.
- Salvarezza, Leopoldo, (1998) La vejez: Una Mirada Gerontológica Actual, Argentina, Editorial Paidós.

- Torres, L., Ortega, P, Garrido, A. y Reyes, A (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas.
- Wukmir, V.J., (1967): Emoción y Sufrimiento.
- <http://asarbach.wordpress.com/programacion/unidad-4-los-procesos-psiquicos-ii/2-las-emociones>. Loja – Ecuador, 4/2/15 10:00am
- <http://es.shvoong.com/medicine-and-health/1915640-cambios-emocionales-en-el-adulto/#ixzz1vBd57KIb>. Loja – Ecuador, 10/2/15, 10:38 am
- http://es.wikipedia.org/wiki/Tercera_edad. Loja – Ecuador, 15/3/15, 11:00am
- http://www.newsmatic.epol.com.ar/index.php?pub_id=99&sid=1174&aid=62148&eid=80&NombreSecci. Loja – Ecuador, 29/3/15, 9:00am
- <http://www.biopsicologia.net/el-proyecto/nivel-4-patologias/914-trastornos-afectivos87>
- Bruna, Miguel y otros, Universidad Austral de Chile “El Abandono una Problemática en el A.M.”, http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Vi%F1a%20del%20Mar%202003/Abandono_una_problematika_en_el_adulto_mayor.pdf

k. Anexos

ESCALA DE HAMILTON PARA LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN (HRSD)	
SINTOMA	
1. Animo deprimido: (tristeza, desesperanza, impotencia, inutilidad)	<p>0 Ausente</p> <p>1 La sensación está presente pero sólo se manifiesta al preguntársele.</p> <p>2 La sensación está presente y se manifiesta verbalmente en forma espontánea.</p> <p>3 La sensación se presenta en forma no verbal, por ejemplo a través de la expresión facial, postura, voz y tendencia al llanto.</p> <p>4 El paciente reporta estas sensaciones virtualmente en su comunicación espontánea verbal y no verbal.</p>
2. Sentimientos de culpa	<p>0 Ausentes.</p> <p>1 Auto-reproche, siente que ha causado el fracaso de los demás.</p> <p>2 Ideas de culpa o rumiación respecto a errores pasados o actos pecaminosos.</p> <p>3 La presente enfermedad es un castigo.</p> <p>4 Delusiones de culpa. Escucha voces acusatorias o que lo denuncian o experiencias alucinatorias visuales amenazantes.</p>
3. Suicidio	<p>0 Ausente.</p> <p>1 Siente que la vida no vale la pena.</p> <p>2 Deseos de estar muerto o cualquier pensamiento de posible muerte de sí mismo.</p> <p>3 Gesto o ideas suicidas.</p> <p>4 Intentos suicidas (cualquier intento serio debe ser valorado como 4).</p>
4. Insomnio de conciliación	<p>0 No hay dificultad para conciliar el sueño.</p> <p>1 Quejas de dificultad ocasional para conciliar el sueño. Por ejemplo, más de ½ hora.</p> <p>2 Quejas de que todas las noches tiene dificultad para conciliar el sueño.</p>
5. Insomnio de medio sueño	<p>0 No hay dificultad.</p> <p>1 El paciente se queja de haberse desvelado o estar alterado durante la noche.</p> <p>2 Se despierta durante la noche, cualquier levantarse de la cama salvo para evacuar.</p>
6. Insomnio tardío	<p>0 No hay dificultad.</p> <p>1 Se despierta en horas muy temprano de la mañana pero nuevamente se duerme.</p> <p>2 Es incapaz de volver a dormirse nuevamente si se levanta de la cama.</p>
7. Trabajo y actividades	<p>0 No hay dificultad.</p>

	<p>1 Pensamientos y sensación de incapacidad, fatiga o debilidad relacionada con las actividades, el trabajo o las distracciones.</p> <p>2 Pérdida de interés en las actividades, distracciones o trabajo, tanto si ésta es reportada directamente por el paciente o indirectamente por descuidos, indecisión o vacilación</p> <p>3 Disminución en el tiempo presente dedicado a actividades o disminución en la productividad. En el hospital se valorará 3 si el paciente no emplea por lo menos 3 horas al día en actividades (trabajo hospitalario o entrenamiento), excluyendo actividades domésticas (desaliño personal).</p> <p>4 Suspende el trabajo debido a la enfermedad actual. En el hospital se valorará 4 si el paciente no participa excluyendo las actividades domésticas. Si el paciente realiza de manera deficiente sus actividades domésticas (aliño personal) sin asistencia.</p>
8. Retardo: (lentitud en el pensamiento y el habla, disminución de la capacidad de concentración, actividad motora disminuida).	<p>0 Habla y pensamientos normales.</p> <p>1 Discreto retardo durante la entrevista.</p> <p>2 Retardo obvio durante la entrevista.</p> <p>3 Entrevista dificultosa.</p> <p>4 Estupor completo.</p>
9. Agitación	<p>0 Ninguna.</p> <p>1 Juega con las manos, cabello, etc.</p> <p>2 Se frota las manos, las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios.</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0 No hay dificultad.</p> <p>1 Tensión subjetiva e irritabilidad.</p> <p>2 Se preocupa por asuntos menores.</p> <p>3 Aparente actitud aprehensiva en el rostro o en el habla.</p> <p>4 Temores expresados sin preguntárselo.</p>
11. Ansiedad somática: (componentes fisiológicos De la ansiedad: <u>gastrointestinales</u> – sequedad de boca, gases, indigestión, diarrea, retortijones, eructos; <u>cardiovasculares</u> – palpitaciones, cefalea; <u>respiratorios</u> – hiperventilación, suspiros; <u>frecuencia urinaria, sudoración</u>).	<p>0 Ausente.</p> <p>1 Mediano.</p> <p>2 Moderado</p> <p>3 Severo.</p> <p>4 Incapacitante.</p>
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0 Ninguno.</p> <p>1 Pérdida del apetito pero el sujeto se alimenta sin deseos. Sensación de pesadez en el abdomen.</p> <p>2 Dificultad para alimentarse sin ver la urgencia del mismo. Se requiere de laxantes o medicación para el intestino o los síntomas gastrointestinales.</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0 Ninguno.</p> <p>1 Pesadez en los miembros, la espalda o cabeza; dolores de espalda, cefalea; dolores musculares o pérdida de energía o fatiga.</p>

	2	Cualquier síntoma claro se evalúa como 2.
14. Síntomas genitales: (pérdida de libido, Alteraciones menstruales, no determinado)	0	Ausentes.
	1	Moderado.
	2	Severo.
	3	Incapacitante.
15. Hipocondría	0	No está presente.
	1	Preocupación por el propio cuerpo.
	2	Preocupación por la salud.
	3	Quejas constantes, búsqueda de ayuda, etc.
	4	Delusiones hipocondríacas.
16. Pérdida de peso	a.	Cuando se evalúa por historia:
	0	No hay pérdida de peso.
	1	Probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual.
	2	Definitiva pérdida de peso (de acuerdo con el paciente).
	b.	En evaluaciones semanales por el psiquiatra en la sala, cuando los cambios de peso actuales son ponderados:
	0	Menos de ½ Kg. De peso perdido en una semana.
	1	Más de ½ Kg. De peso perdido en una semana.
	2	Más de 1 Kg. De peso perdido en una semana.
17. Introspección	0	Reconocerse estar deprimido y enfermo.
	1	Reconocerse enfermedad pero atribuirlo a causas tales como: mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
	2	Negarse estar enfermo del todo.
Puntaje Total:		

Calificación de la depresión de acuerdo al puntaje total:

- 0 – 7 Normal.
- 8 – 13 Leve.
- 14 – 18 Moderado.
- 19 – 22 Severo.
- 23 ó > Muy severo

**ENCUESTA ESTRUCTURADA DIRIGIDA AL PERSONAL DEL HOGAR DE
ANCIANOS “DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ”**

Estimado(a) Sr. Sra. que labora en el Asilo de Ancianos D.A.S. en calidad de egresada de la carrera de Psicología Clínica siento interés por conocer aspectos relacionados a los estados depresivos que manifiestan los Adultos Mayores (AM) debido al Abandono Familiar, por lo tanto solicito a usted responder el presente cuestionario, la información brindada por usted será de absoluta confidencialidad y se la utilizará específicamente con fines investigativos.

1.- El Departamento de Psicología de esta institución, maneja instrumentos psicológicos para conocer a qué tipo de familia pertenece el Adulto Mayor, marque con una (x) el que considere:

- Apgar Familiar ()
- Familiograma ()
- Test de la Familia ()
- Entrevistas ()
- Otros ()

Explique:.....
.....

2.- Marque con una (X) las razones por las que ingresa al Hogar de Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez”, el adulto mayor.

- Falta de compromiso en el afrontamiento familiar ()
- Familias extendidas y de bajos recursos económicos ()
- Abandono familiar ()
- Otros ()

Explique:.....
.....

3.- Señale con una (X) la frecuencia con la que la familia visita en el hogar “Daniel Álvarez Sánchez”, al adulto mayor.

- Cada fin de semana ()
Cada 15 días ()
Cada mes ()
Nunca ()
Esporádicamente ()

4.- Marque con una (X) los estados afectivos que manifiesta el adulto mayor a causa del abandono familiar:

- Tristeza, tendencia al llanto ()
Abatimiento, desgano ()
Frustración ()
Irascibilidad ()
Inseguridad ()
Apatía ()

5.- Señale con una (X) que tipo de trastorno se ha desencadenado en el adulto mayor a causa del abandono familiar:

- Manía (euforia, quejas, deambulaciones frecuentes) ()
- Angustia (reclama familiares, miedo a morir) ()
- Depresión (Consideraciones negativas del futuro; desesperanza) ()
- Paranoia (temor a ser extorsionados, extremo cuidado y apropiación de objetos) ()
- Adicciones (alcohol, cigarrillos, medicamentos) ()
- Otros ()

Explique:.....
.....

GRACIAS

Ficha de Observación

I. Datos generales

Nombre:

Edad:

Sexo:

Instrucción:

Fecha:

Tiempo de observación:

II. Descripción de la observación

Descripción física y vestimenta

Descripción del ambiente

Descripción del comportamiento (conductas mostradas, registro narrativo)

Comentario

**TALLER DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN LOS ESTADOS
DEPRESIVOS EN EL ADULTO MAYOR DEL HOGAR DE ANCIANOS
"DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ"**

Presentación:

A través de la presente investigación, se puede evidenciar que los adultos mayores, objeto de este estudio, son consideradas como una molestia para sus familias, por lo que son abandonados en el hogar de ancianos "Daniel Álvarez Sánchez, lo que afecta considerablemente su estado emocional, ocasionándoles sentimientos de tristeza o desánimo, pérdida de interés en la vida y una incapacidad para disfrutar de las cosas que generalmente dan placer o satisfacción, sensaciones de fatiga o cansancio que está presente a pesar de una escasa actividad y que es tan intensa que hace que la tarea más simple suponga un gran esfuerzo, su motivación y autoestima están desmejoradas, presentan pérdida de apetito que suele ser acompañada de pérdida de peso, sensación interna de inquietud que hace difícil el descansar o el relajarse, deseo de aislarse de la gente y si hay gente alrededor una sensación de irritabilidad y mal humor, dificultad para dormir con frecuente despertar temprano, y con incapacidad para reconciliar el sueño.

Es decir presentan síntomas depresivos, de ahí la necesidad de estructurar, el presente taller de psicoeducativo, conceptualizado, como un proceso que permite ofrecer a las personas la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo, y más aún, en el caso de los adultos mayores del hogar de ancianos "Daniel Álvarez Sánchez, en la perspectiva de brindarles herramientas que les permita afrontar de manera adecuada, esta problemática; en la posibilidad de darles una mejor calidad de vida, disminuyendo los niveles depresivos.

Propósito:

- ✓ Reducir la frecuencia, intensidad y niveles de los síntomas de la depresión, en los adultos mayores, forjando habilidades de afrontamiento, mediante técnicas psicoeducativas, que permita reducir el impacto psicológico, que genera el abandono familiar, en los adultos mayores Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez".

METODOLOGÍA

La psicoeducación, encaminada a reducir los estados depresivos en los adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez, de la ciudad de Loja, se las efectuará bajo la modalidad de taller, de manera grupal, con técnicas inherentes afrontar la sintomatología asociada a la depresión, tendrá una duración de dos días, en el horario de 09h00 a 12h00.

PRIMER DÍA:					
HORA	TIEMPO	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	MATERIALES	PARTICIPANTES
09h00 a 09h40	40 minutos	Presentación de los asistentes	Se aplicará la dinámica de los dichos, para lo cual previamente se escribirán en tarjetas, dichos divididos en dos partes, se les entrega a los asistentes, y ellos tendrán que buscarse para unir el dicho y se presentaran, dando un mensaje del dicho que les ha tocado (ejm. A grandes males....grandes remedios). Además se les pide que indiquen que expectativas, temores y compromisos, tienen sobre el taller.	Auditórium Sillas Tarjetas	Adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez Facilitador
09h40 a 10h00	20 minutos	Enquadre del taller	Exposición de la temática, a través de diapositivas interactivas y un collage, sobre los contenidos a tratar, haciendo hincapié en los beneficios del mismo.	Auditórium Sillas Proyector Computadora Gráficos Goma Papelotes	Adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez Facilitador
10h00 a 10h30	30 minutos	Respiración completa	En primer lugar toma aire hinchando el abdomen. Continúa tomando aire expandiendo la caja torácica. Sigue inspirando mientras elevas ligeramente los hombros. Mantén la respiración durante unos pocos segundos y expulsa el aire aflojando los hombros, el pecho y el abdomen en ese orden (también puede hacerse a la vez).	Auditórium Sillas Colchonetas	Adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez Facilitador
10h30 a	30 minutos	Receso	Refrigerio		Adultos mayores del Hogar de

11h00					Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez Facilitador
11h00 a 11h30	30 minutos	Observando nuestra respiración	<p>Se explica que se sienten y pongan las manos encima de los muslos, las piernas paralelas y los pies bien apoyados en el suelo, la columna vertebral derecha y en línea con la cabeza, la nuca estirada y la barbilla metida.</p> <p>Pon la mano derecha en el plexo solar y la izquierda en la parte frontal del pecho, debajo de la clavícula, observa lo que ocurre debajo de tus manos al respirar: cuando entra el aire, nota la expansión de tu cuerpo, primero el abdomen (se eleva la mano derecha), y después el pecho (se eleva la mano izquierda).</p> <p>Consejos para la respiración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La respiración debe seguir el ritmo natural de respiración de uno. • Debe hacerse a modo de "dejar que el aire entre" en lugar de "tomar aire". <p>La respiración por la nariz es preferible a la respiración por la boca, puesto que los conductos nasales filtran y calientan el aire.</p>	Auditórium Sillas Colchonetas	Adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez Facilitador
11h30 a 12H00	30 minutos	Insertando los colores	Formamos dos grupos, los colocamos en forma circular y ponemos una cesta de bolas de diferentes colores, damos un cordón a cada adulto mayor, y se da la indicación de introducir las bolas dependiendo del color en la cuerda.		
SEGUNDO DÍA					
09h00 a 09h15	15 minutos	Dialogo Socrático	A través del dialogo socrático, se les pide a los participantes, que indiquen su estado de ánimo, para trabajar esta jornada en el taller	Auditórium Sillas	Adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez

					Facilitador
09h15 a 09h45	30 minutos	El saludo	Se les pide que en la tarjeta que se les ha entregado, escriban el mejor saludo, con palabras o versos que nos hagan felices y que podemos emplear con nuestros compañeros en el diario vivir, y luego nos lo colocamos como credencial, en el pecho, para que todos lo puedan leer en voz alta.	Auditórium Sillas	Adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez Facilitador
09h45 a 10h30	45 minutos	Proyección de videos: Eres un triunfador Viejos tus zapatos Autoestima Adulto mayor	Se proyecta estos tres videos a los asistentes, y luego de cada uno de ellos se les pide que reflexiones sobre los mismos y como ponerlos en práctica en su diario vivir.	Auditórium Sillas Colchonetas Computador Proyector	Adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez Facilitador
10h30 a 11h00	30 minutos	Receso	Refrigerio	Auditórium Sillas Computador Proyector	Adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez Facilitador
11h00 a 11h30	30 minutos	Insertando Colores	En el auditórium, procedemos a colocarnos en círculo, sentados, y se da la explicación, en donde una bola de plástico grande es el gato y la bola de plástico pequeña es el ratón, hacemos rodar las bolas y tratamos que el gato no se coma el ratón.	Auditórium Sillas Colchonetas Computador Proyector	Adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez Facilitador
11h30 a 12h00	30 minutos	Granos de arena	Se forman cuatro grupos, y se les entrega a cada adulto mayor, una fuente grande en donde consta la arena y las tres clases de grano, entreverados entre si y se les indica que saquen todos los granos y los pongan en un recipiente diferente, que se los ubica al final del salón.	Auditórium Sillas Colchonetas Computador Proyector	Adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez Facilitador
12h00 a 12h15	15 Minutos	Cierre motivacional	Mediante un discurso motivacional, se les agradece por su participación y se genera el compromiso de mejorar nuestro estado de ánimo.	Auditórium Sillas Computador Proyector	Adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez Facilitador

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
a) TÍTULO	1
b) RESUMEN	2
SUMMARY	3
c) INTRODUCCIÓN	4
d) REVISIÓN DE LITERATURA	7
1. FAMILIA	7
1.1 DEFINICIONES	7
1.2 TIPOS	8
1.2.1 FAMILIA FUNCIONAL	8
1.2.2 FAMILIA DISFUNCIONAL	8
1.3 EL ADULTO MAYOR Y SU ROL EN EL SISTEMA FAMILIAR	9

1.4EL ABANDONO FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR_____	10
2. ESTADOS AFECTIVOS EN EL ADULTO MAYOR_____	13
2.1DEFINICION_____	13
2.2 TRASTORNOS AFECTIVOS EN EL ADULTO MAYOR_____	13
2.2.1 DEPRESIÓN_____	14
2.2.2 MANÍA_____	16
2.2.3 ANGUSTIA_____	17
2.3LAS EMOCIONES EN EL ENVEJECIMIENTO_____	18
3. LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR_____	21
3.1 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR_____	22
3.2 SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR_____	22
3.2.1 Síntomas afectivos_____	23
3.2.2 Síntomas cognitivos_____	24
3.2.3 Síntomas fisiológicos_____	24
3.2.4 Síntomas conductuales_____	24
e) MATERIALES Y MÉTODOS_____	25
f) RESULTADOS_____	28
g) DISCUSIÓN_____	38
h) CONCLUSIONES_____	40
i) RECOMENDACIONES_____	41
j) BIBLIOGRAFÍA_____	42
k) ANEXOS_____	45