

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA

ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA
DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PERSONAS ADULTAS
MAYORES DEL CANTÓN SARAGURO, PERIODO 2021 – 2022.

Trabajo de integración curricular previo a la
obtención del título de Licenciada en Psicología
Clínica

AUTORA:

SELENA ISABEL ABAD JIMENEZ

DIRECTORA DE TESIS

PSC. CL. VANESSA ROMINA PINEDA ROJAS MGS

LOJA-ECUADOR

2022

Certificación

Psc. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas. Mg. Sc.
DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber dirigido, revisado y corregido el desarrollo del trabajo de integración curricular **ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL CANTÓN SARAGURO, PERIODO 2021 – 2022** de la autoría de la estudiante de la carrera de Psicología Clínica, **Selena Isabel Abad Jiménez** con número de cédula 1105256471. Por lo que, en cuanto a mi criterio personal y profesional el trabajo de integración curricular del estudiante reúne satisfactoriamente los requerimientos exigidos y estipulados en el régimen académico de la Universidad Nacional de Loja.

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

Loja, 4 de marzo de 2022.



Firmado electrónicamente por:

**VANESSA
ROMINA
PINEDAROJAS**

Psc. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas. Mg. Sc.
DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Autoría

Yo, Selena Isabel Abad Jiménez, declaro ser autora del presente trabajo de integración curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y 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 Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:

Cédula de Identidad: 1105256471.

Fecha: 20 de abril del 2022.

Correo electrónico: selena.abad@unl.edu.ec

Teléfono o Celular:0980451219.

Carta de Autorización

Yo Selena Isabel Abad Jiménez declaro ser autora del ttrabajo de integración curricular **ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL CANTÓN SARAGURO, PERIODO 2021 – 2022** como requisito para obtener el título de Licenciada en Psicología Clínica autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

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

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 20 días del mes de abril del 2022.

Firma:

Autor: Selena Isabel Abad Jiménez

Cédula: 1105256471

Correo electrónico: selena.abad@unl.edu.ec

Celular: 0980451219

Dirección: Punzara Chico, Sol de los Andes. Calles Johanes Brash y Federic Chopin

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora del Trabajo de Integración Curricular: Psc. Cl. Vanessa Romina Pineda Rojas.
Mg. Sc

Tribunal de Grado:

Presidente/a: Dra. Ana Puertas Azanza Mg. Sc.

Vocal: Psc. Cl. Cindy Cuenca Sánchez Mg. Sc.

Vocal: Psc. Cl. Marco Sánchez Salinas Mg. Sc.

Dedicatoria

Con infinito amor e inmensa gratitud dedico el presente trabajo de investigación, primeramente, a Dios quien me dio la vida, por ser mi guía en el camino de mi formación profesional, a mis amados padres y hermanos quienes supieron brindarme todo el apoyo moral, económico y nunca dejarme sola, por sus palabras de motivación y apoyo, lo cual me llenó de fortaleza y me impulsó para alcanzar mis metas. A mis amigas/os y docentes quienes con su apoyo incondicional me brindaron fuerza para alcanzar el objetivo propuesto y de esta manera culminar con éxito mi propósito y lograr uno de mis más grandes sueños.

Selena Isabel Abad Jiménez.

Agradecimiento

Primeramente, agradezco a Dios, por haberme dado la vida, por permitirme cumplir cada uno de mis sueños, mantener viva mi fe, por bendecir a cada uno de mis seres queridos, permitirme estar junto a las personas que amo, por acompañarme durante el transcurso de mi carrera ser mi guía y fortaleza en los momentos de adversidad y debilidad.

Agradezco a mis queridos padres María y Manuel lo que más amo en mi vida por ser la luz de mis días, mi motivación, mi fortaleza, quienes con su amor y apoyo han hecho de mí una mejor persona, ustedes mi fortaleza y motor para luchar día a día y cumplir cada una de mis metas, su amor, comprensión y valores me han llevado por el camino del bien sus consejos y palabras de aliento que nunca me dejaron caer ni vencer por las adversidades, les agradezco desde el fondo de mi corazón por darme la oportunidad de tener una buena educación y hacer su mayor esfuerzo por darme lo mejor. Querida madre mi ángel del cielo siempre estarás en mi corazón y estaré eternamente agradecida por tanto amor hasta el último minuto que estuviste a mi lado físicamente, padre estoy orgullosa de ti gracias por todo, los amo.

A mis queridos hermanos Héctor, José, Jaime, Miguel y Delia agradezco su paciencia, apoyo, protección y palabras de motivación día a día para luchar por todo cuanto deseo, son ustedes mi soporte emocional mi adorada hermana, mi confidente eres un ejemplo a seguir nunca me has dejado sola, gracias, hermanos de mi vida. Mi querida Jessica te doy las gracias por ser, mi compañera, amiga, confidente por protegerme, escucharme y cuidar de mí siempre mi compañera de vida te adoro.

Mi eterna gratitud a mi directora Psic. Vanesa Romina Pineda Rojas Mgs por su guía, colaboración, dedicación de su valioso tiempo para el desarrollo adecuado de mi tesis, por sus ideas, consejos y su espíritu trabajador.

Mi eterno agradecimiento a las autoridades, personal de salud y adultos mayores que del Cantón Saraguro, por la apertura y colaboración para el desarrollo de mi trabajo de investigación muy agradecida.

Finalmente, pero no menos importante, mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja Facultad de la Salud Humana, y de forma muy particular a mi querida Carrera de Psicología Clínica juntamente con todos sus docentes quienes me acogieron para enseñarme y guiarme en mi futura vida profesional contribuyeron de una u otra forma en todo el proceso de mi formación profesional.

Selena Isabel Abad Jiménez.

Índice

Hojas Preliminares

Certificación	ii
Autoría.....	iii
Carta de Autorización.....	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice	vii

Cuerpo del Trabajo de Integración Curricular

1. Título	1
2. Resumen	2
2.1 Abstract	3
3. Introducción	4
4. Marco Teórico	7
4.1 Capítulo I: Abandono Familiar en el Adulto Mayor	7
4.1.1 Definición de Adulto Mayor	7
4.1.2 Abandono	7
4.1.3 Familia.....	8
4.1.4 Abandono Familiar.....	8
4.1.5 Importancia de la Relación Familiar	8
4.1.6 Teorías del Abandono del Adulto Mayor.....	9
4.1.6.1 Teorías Psicosociales.....	9
4.1.6.2 Teoría de la Desvinculación	9
4.1.6.3 Teoría del Vacío de Roles	10
4.1.7 Abandono del Adulto Mayor.....	11
4.1.8 Tipos de Abandono del Adulto Mayor.....	11
4.1.8.1 Abandono Económico	11
4.1.8.2 Abandono Emocional	11
4.1.8.3 Abandono Físico.....	11
4.1.9 Soledad	12
4.2 Capítulo II: Depresión y Ansiedad	12
4.2.1 Depresión en los Adultos Mayores	12

4.2.1.1	Definición	13
4.2.1.2	Epidemiología.....	13
4.2.1.3	Formas Clínicas de la Depresión en el Adulto Mayor.....	14
4.2.1.4	Diagnóstico	15
4.2.1.5	Tratamientos psicológicos	18
4.2.1.6	Clasificación de la Gravedad de la Depresión.....	20
4.2.2	Ansiedad en los Adultos Mayores.....	21
4.2.2.1	Definición	22
4.2.2.2	Epidemiología.....	22
4.2.2.3	Formas Clínicas de la Ansiedad en el Adulto Mayor.....	22
4.2.2.4	Diagnóstico.....	24
4.2.2.5	Tratamiento psicológico	25
4.2.2.6	Clasificación de la Ansiedad	26
5.	Metodología	27
5.1	Tipo de Investigación	27
5.2	Diseño y Enfoque	27
5.2.1	Población y Muestra.....	27
5.3	Procedimiento.....	27
5.4	Técnicas e Instrumentos	28
5.4.1	Técnicas.....	28
5.4.2	Instrumentos	28
5.4.2.1	Consentimiento Informado	28
5.4.2.2	Ficha Sociodemográfica	28
5.4.2.3	Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage	28
5.4.2.4	Escala de Ansiedad de Hamilton.....	29
6.	Resultados	31
6.1	Objetivo 1: Identificar los tipos de abandono que presentan las personas adultas mayores del Cantón Saraguro.	31
6.1.1	Abandono en los Adultos Mayores	31
6.1.2	Dimensiones de la Escala de Abandono	31
6.2	Objetivo 2: Conocer los niveles de depresión y ansiedad que presentan los adultos mayores del Cantón Saraguro.	32
6.2.1	Depresión en los Adultos Mayores	32

6.2.2 Ansiedad en los Adultos Mayores.....	33
6.2.2.1 Dimensiones de la Ansiedad en los Adultos Mayores.	33
6.3 Objetivo 3: Determinar la correlación entre los tipos de abandono que presentan los adultos mayores del Cantón Saraguro entre los niveles de depresión y ansiedad.....	34
6.4 Objetivo 4: Plan de Intervención Psicológica en Depresión y Ansiedad en los Adultos Mayores del Cantón Saraguro.	34
6.4.1 Presentación	34
6.4.2 Justificación.....	35
6.4.3 Objetivos	35
6.4.4 Fases del Plan de Intervención Psicoterapéutico.....	36
6.4.4.1 Fase 1: Encuadre.....	36
6.4.4.2 Fase 2: Diagnóstico	37
6.4.4.3 Fase 3: Planificación de Sesiones.....	37
6.4.4.4 Fase 4: Intervención.....	37
6.4.4.5 Fase 5: Seguimiento	43
7. Discusión.....	44
8. Conclusiones	46
9. Recomendaciones.....	47
10. Bibliografía.....	48
11. Anexos.....	51

Tablas

Tabla 1. Presencia o ausencia de abandono	31
Tabla 2. Abandono físico	31
Tabla 3. Abandono económico.....	31
Tabla 4. Abandono emocional	32
Tabla 5. Presencia de depresión	32
Tabla 6. Niveles de depresión	32
Tabla 7. Presencia de Ansiedad.....	33
Tabla 8. Niveles de ansiedad.....	33
Tabla 9. Ansiedad Psíquica	33
Tabla 10. Ansiedad somática	34
Tabla 11. Relación entre abandono y depresión con ansiedad.....	34

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado	51
Anexo 2. Encuesta Sociodemográfica.....	52
Anexo 3. Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage	54
Anexo 4. Escala de Ansiedad de Hamilton	55
Anexo 5. Evidencia Fotográfica.....	56
Anexo 6. Oficio de Aprobación del Tema del Trabajo de Integración Curricular.....	57
Anexo 7. Oficio del Informe de Estructura y Coherencia del Trabajo de Integración Curricular	58
Anexo 8. Oficio de aprobación y designación de director/a de Trabajo de Integración Curricular	59
Anexo 9. Oficio de autorización al Centro Diurno Gurudel de Adultos Mayores del Cantón Saraguro.....	60
Anexo 10. Certificación de Inglés.....	61

1 Título

ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESION Y ANSIEDAD
EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL CANTON SARAGURO, PERIODO 2021 –
2022.

2 Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como propósito determinar la influencia del abandono familiar en los niveles de depresión y ansiedad en los adultos mayores del Cantón Saraguro. La metodología fue de tipo correlacional y descriptivo con un enfoque cuantitativo y cualitativo. Los instrumentos utilizados fueron: Ficha sociodemográfica y test psicológicos: Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage y Escala de ansiedad de Hamilton. La población investigada fue de 90 adultos mayores pertenecientes al Cantón Saraguro, conformada por 32 hombres y 58 mujeres entre edades de 65 a 90 años. Dentro de los resultados obtenidos se observó que existe un abandono general, siendo el abandono emocional más frecuente, seguido del abandono económico. Por otro lado, los participantes presentaron niveles de depresión leve y ansiedad moderada. Así mismo se evidenció la existencia de correlación negativa perfecta entre depresión con abandono físico y económico, por otro lado, los niveles de ansiedad presentaron correlación negativa perfecta abandono físico y emocional.

Palabras clave: adultos mayores; abandono familiar; depresión y ansiedad.

2.1 Abstract

The purpose of this research work was to determine the influence of family neglect on the levels of depression and anxiety in older adults in the Saraguro Canton. The methodology was correlational and descriptive with a quantitative and qualitative approach. The instruments used were: Sociodemographic record and psychological tests: Yesavage GDS Geriatric Depression Scale and Hamilton Anxiety Scale. The investigated population was 90 older adults belonging to the Saraguro Canton, made up of 32 men and 58 women between the ages of 65 and 90 years. Among the results obtained it was observed that there is a general neglect, emotional neglect being the most frequent, followed by economic neglect. On the other hand, the participants presented levels of mild depression and moderate anxiety. Likewise, the existence of a perfect negative correlation between depression with physical and economic abandonment was evidenced, on the other hand, the levels of anxiety presented a perfect negative correlation with physical and emotional abandonment.

Keywords: older adults; family neglect; depression and anxiety.

3 Introducción

Al hablar del tema del envejecimiento supone reconocer que estamos frente a una realidad compleja en la que interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales.

Se define al envejecimiento como:

Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales. (Landinez y Contreras, 2012,p 64)

Además, considera a los individuos entre los 60 a 74 años como personas de edad avanzada; en los 75 a 90 años viejos o ancianos y los que sobrepasan son denominados como grandes longevos. A todo ser humano mayor de 65 años se le nombra indistintamente de la tercera edad. Como bien se conoce el envejecimiento es un fenómeno universal parte de los seres humanos, existen múltiples factores que pueden influir en él. La vejez es resultado de etapas anteriores, así como de interacciones bio demográficas, económicas, familiares, psicosociales, ambientales y biológicas. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano (Toala, 2020).

Así mismo se manifiesta que la noción de abandono hace referencia al acto de dejar de lado o descuidar cualquier elemento, persona o derecho que se considere posesión o responsabilidad de otro individuo. Según el diccionario Enciclopédico Larousse define al abandono como el dejar, desamparar una persona o cosa que se tiene obligación de cuidar o atender y que no se trata de dejar o desamparar cualquier cosa, sino puntualmente algo o alguien que se tiene obligación de cuidar o atender (Huarcaya y Mendoza, 2015).

El abandono familiar se lo define como un maltrato físico, económico y psicológico que experimentan las personas por parte de sus familiares, los adultos mayores son vistos como personas frágiles que necesitan protección y asistencia, especialmente dentro de su núcleo familiar, sin embargo algunos adultos mayores son rechazados en sus propios hogares, siendo un problema que golpea actualmente a nuestra sociedad, son víctimas del abuso de sus familiares estando expuestos al maltrato físico, psicológico, social, descuido y abandono, falencias que se profundizan gravemente con el paso del tiempo (Cruz, 2007).

La familia es, sin duda, uno de los factores más importantes a la hora de “condicionar”, para bien o para mal, la calidad del adulto mayor. En el entorno familiar, es, precisamente, donde, en la mayoría de los casos, la persona mayor “satisface” sus necesidades emocionales y “obtiene” el apoyo y ayuda necesarios para resolver los problemas que le comienza a crear su estado de salud. A este respecto, Moragas (1991) afirma que una sociedad, cuyas familias satisfacen a sus miembros, resulta una sociedad menos conflictiva que otra que busca la satisfacción de necesidades fuera del ámbito familiar. En contexto la vida familiar puede actuar como catalizador de los problemas que enfrenta el adulto mayor, en la medida en que los miembros de la familia conocen y atienden las necesidades del adulto mayor contribuyen a mantener el bienestar y la calidad de vida. De lo contrario, el adulto mayor con depresión puede llegar a la marginación y aislamiento que conlleva el desinterés en la efectuación de sus actividades de la vida diaria, y con ello la dependencia funcional (Durán et. al, 2013).

La depresión en el adulto supone un importante problema de salud debido a su prevalencia, a su repercusión sobre la calidad de vida del paciente y sobre la estructura familiar y social y a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio. La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Crisoles Pillpe & Lizarme Lizarme, 2018).

En los adultos mayores se puede determinar que la ansiedad es una de las alteraciones más comunes y en la mayoría de los casos no es detectada por el adulto mayor y/o su entorno familiar, pues dado que tiene un componente cognitivo y somático, con predominancia del segundo, se minimizan los aspectos cognitivos lo que dificulta el diagnóstico. En relación con esto, las múltiples comorbilidades que padecen estos pacientes, el miedo de estigmatización, los estados de duelo y el aislamiento ocasionan dificultades para establecer un diagnóstico adecuado, lo cual se ve empeorado por el hecho se ha demostrado que la ansiedad está asociada al deterioro cognitivo leve y síntomas ansiosos, que son el resultado de la percepción de los ancianos de incapacidad y limitación para realizar ciertas tareas cotidianas. Ante estas situaciones de impotencia, los niveles de la ansiedad pueden llegar a reacciones no calculadas y llevarlos a tener incluso conductas de agitación, tanto en la ansiedad como en la depresión (Urrego, 2014).

Con el afán de aportar y dar solución a la problemática expuesta se desarrolló el presente trabajo denominado **“ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL CANTÓN SARAGURO, PERIODO 2021 – 2022.”**, que radica en conocer los tipos de abandono familiar y su influencia en la depresión y ansiedad en los adultos mayores del Cantón Saraguro y de esta manera aportar información y plantear un plan de intervención psicológica en depresión y ansiedad en los adultos mayores del Cantón Saraguro.

La metodología que se utilizó fue de tipo correlacional y descriptivo el cual se buscó especificar las propiedades del grupo de estudio, con el propósito de establecer las características sociodemográficas de la población investigada, además medir el grado de relación y la manera cómo interactúan las dos variables entre sí como es el caso de los niveles de depresión y ansiedad por la influencia del abandono familiar en los adultos mayores. El enfoque de la investigación fue cuanti-cualitativo, cuantitativo ya que este consistió en utilizar la recolección de datos mediante el número de adultos mayores del Cantón Saraguro y el análisis estadístico por medio de la tabulación de los resultados obtenidos. Así mismo, es cualitativa ya que consistió en realizar un proceso inductivo, es decir que se exploró y describió el fenómeno en estudio en este caso mediante la identificación de los niveles de ansiedad y depresión en los adultos mayores y la influencia del abandono familiar.

Dentro de esta investigación los instrumentos utilizados fueron: Consentimiento informado, aplicado los adultos mayores de la investigación del Cantón Saraguro, seguidamente de la aplicación tanto de la ficha sociodemográfica como de los demás reactivos, y finalmente se aplicó los test psicológicos: Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage y Escala de ansiedad de Hamilton. La población de la investigación fue de 90 adultos mayores pertenecientes al Cantón Saraguro en situaciones de abandono familiar, la muestra estuvo conformada por 32 hombres y 58 mujeres entre edades de 65 a 90 años de edad.

Los resultados que se obtuvo en los datos estadísticos, análisis e interpretación y discusión permitieron llegar a las siguientes conclusiones: Que en los adultos mayores del Cantón Saraguro existe un abandono general, siendo el abandono emocional más frecuente, seguido del abandono económico. Por otro lado, los participantes presentaron niveles de depresión leve y ansiedad moderada. Así mismo se evidenció la existencia de correlación negativa perfecta entre depresión con abandono físico y económico, por otro lado, los niveles de ansiedad presentaron correlación negativa perfecta abandono físico y emocional.

4 Marco Teórico

4.1 Capítulo I: Abandono Familiar en el Adulto Mayor

4.1.1 Definición de “Adulto Mayor”.

El envejecimiento es:

El proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales (Landinez y Contreras, 2012, p 64)

Además, considera a los individuos entre los 60 a 74 años como personas de edad avanzada; en los 75 a 90 años viejos o ancianos y los que sobrepasan son denominados como grandes longevos. A todo ser humano mayor de 65 años se le nombra indistintamente de la tercera edad. Como bien se conoce el envejecimiento es un fenómeno universal parte de los seres humanos, existen múltiples factores que pueden influir en él. La vejez es resultado de etapas anteriores, así como de interacciones bio demográficas, económicas, familiares, psicosociales, ambientales y biológicas. Sin embargo, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano(Toala, 2020).

4.1.2 Abandono

Se manifiesta que la noción de abandono hace referencia al acto de dejar de lado o descuidar cualquier elemento, persona o derecho que se considere posesión o responsabilidad de otro individuo. Según el diccionario Enciclopédico Larousse define al abandono como el dejar, desamparar una persona o cosa que se tiene obligación de cuidar o atender y que no se trata de dejar o desamparar cualquier cosa, sino puntualmente algo o alguien que se tiene obligación de cuidar o atender. Vemos que recae una responsabilidad en quien detenta un poder sobre una cosa o persona y responsabilidad que se traduce en cuidado, protección o atención de la cosa o persona. La noción de abandono hace referencia al acto de dejar de lado o descuidar cualquier elemento, persona o derecho que se considere posesión o responsabilidad de otro individuo. El abandono puede ser utilizado en el ámbito legal o en diferentes espacios y situaciones de la vida cotidiana, conllevando algunos de los posibles abandonos mayor gravedad que otros. Si se lo entiende desde el punto de vista legal, el abandono siempre hará referencia al descuido de una persona o un bien a manos de otra(Huarcaya y Mendoza, 2015).

4.1.3 Familia

La familia es el grupo natural del ser humano, es único y particular. Es un conglomerado social con existencia prácticamente universal que abarca a la gran mayoría de los miembros de una sociedad, y es en ella donde se cumplen las principales funciones de socialización, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red intergeneracional. La familia, además de ser un grupo de gran importancia para el desarrollo humano, es también donde ocurren, hacia su interior y a través de las interacciones familiares, los procesos que determinan su funcionamiento y formas de existencia (Placeres et al., 2011).

La familia es la institución más importante para el anciano, y donde el adulto mayor, como parte integrante de ella, tiene mucho por contribuir y aportar.

4.1.4 Abandono Familiar

El abandono familiar es una falta de responsabilidad parental y social, que ocasiona una omisión ante las necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal o permanentemente por los familiares.

Cuando los padres entran en la vejez y no pueden cuidarse por sí mismos pasan a ser cuidados por los hijos lo que puede provocar fricciones, por lo general, llegando a convertirse en una crisis que algunos llaman de desvalimiento. Los adultos mayores tienen mucho por contribuir: como es sabiduría y experiencia y al mantenerlos saludables, funcionales e independientes, pueden continuar contribuyendo a sus comunidades y a sus familias y serán más felices.

Estas crisis son las que mayor influencia tienen sobre los ancianos, ellos mismos pueden recibir en su hogar a un(a) hijo(a) divorciado(a) o ser quien tenga que unirse al grupo familiar de un(a) hijo(a), sufrir la muerte de un hijo o una hija o del otro cónyuge antes del período esperado, sufrir una hospitalización prolongada por descompensación de alguna enfermedad, enfrentar una discapacidad e invalidez o un accidente. También se puede presentar una crisis ante la pérdida del estatus económico o de la vivienda (Placeres et al., 2011).

4.1.5 Importancia de la Relación Familiar

La familia es, sin duda, uno de los factores más importantes a la hora de “condicionar”, para bien o para mal, la calidad del adulto mayor. En el entorno familiar, es, precisamente, donde, en la mayoría de los casos, la persona mayor “satisface” sus necesidades emocionales y “obtiene” el apoyo y ayuda necesarios para resolver los problemas que le comienza a crear su estado de salud. A este respecto, Moragas (1991) afirma que una sociedad, cuyas familias

satisfacen a sus miembros, resulta una sociedad menos conflictiva que otra que busca la satisfacción de necesidades fuera del ámbito familiar.

En contexto la vida familiar puede actuar como catalizador de los problemas que enfrenta el adulto mayor, en la medida en que los miembros de la familia conocen y atienden las necesidades del adulto mayor contribuyen a mantener el bienestar y la calidad de vida. De lo contrario, el adulto mayor con depresión puede llegar a la marginación y aislamiento que conlleva el desinterés en la efectuación de sus actividades de la vida diaria, y con ello la dependencia funcional (Durán et al., 2013).

4.1.6 Teorías del Abandono del Adulto Mayor

Las teorías y enfoques del envejecimiento y el abandono familiar que fundamentan el estudio y se apoyan de manera directa e indirecta en las siguientes teorías:

Teorías Psicosociales. En ella describe ocho etapas del ciclo vital o estadios psicosociales (crisis o conflictos en el desarrollo de la vida, a las que han de enfrentarse las personas): Donde el último de ellos es la integridad frente a desesperación (desde aproximadamente los 60 años hasta la muerte); esta es la última etapa. En la delicada adultez tardía, o madurez, la tarea primordial es lograr una integridad con un mínimo de desesperanza. Primero ocurre un distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad existe un sentido de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes; junto a las enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren; los familiares también y ello contribuye a la aparición de un sentimiento de desesperanza. Como respuesta a esta desesperanza, algunos mayores se empiezan a preocupar con el pasado. La integridad: física significa llegar a los términos de tu vida, y, por tanto, llegar a los términos del final de tu vida. La tendencia mal adaptativa es llamada presunción. Cuando la persona "presume" de una integridad: física sin afrontar de hecho las dificultades de la senectud. Para los científicos psicosociales, el envejecimiento es más que un mero proceso fisiológico, implicando una compleja interacción de fenómenos que incluyen componentes psicológicos y también sociales. Desde este enfoque el envejecimiento se define como la transformación del organismo humano tras la edad de la madurez física, de forma que las probabilidades de supervivencia disminuyen constantemente, lo que se acompaña de una permanente transformación del aspecto, la conducta, la experiencia de los roles sociales (Fallis, 2013).

Teoría de la Desvinculación (Cumming Y Henry, 1961). La teoría de la Desvinculación o Desapego se conoce también como teoría del Retraimiento. Se basa

en la disminución de contactos sociales. Existe una retirada gradual y natural de los contactos sociales como un proceso lógico y universal de adaptación a las nuevas circunstancias vitales y a sus restringidas capacidades sensorias motrices. Esta teoría refiere que el envejecimiento se acompaña de un distanciamiento recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen. Esta desvinculación puede ser provocada por el mismo interesado, por los otros miembros de la sociedad. Según esta teoría la retirada social está acompañada o precedida por una creciente preocupación por el yo y por tanta disminución en la inversión emocional de las personas y objetos del ambiente, en este sentido es un proceso natural más que impuesto.

La desvinculación tendría 3 factores fundamentales: habría una pérdida de roles al cambiar la posición del individuo en la sociedad; el futuro es limitado y que la muerte es inevitable y cercana, logrando que el anciano se centre más en sí mismo y lo que es extremadamente importante; la pérdida de las capacidades sensorias motrices no permitiría mantener el nivel de actividades, produciéndose con ello una desvinculación biológica (Fallis, 2013).

Teoría del Vacío de Roles (Irving Rosow, 1967). Sugiere que con la vejez del individuo pierde la mayor parte de sus roles más importantes, en consecuencias pierden también las normas asociadas a esos roles, las normas que le permitían saber lo correcto y lo incorrecto de su actuación social. La pérdida de normas no tiene por qué ser negativo para el sujeto, puede estar asociada en un sentimiento de la liberación en la vejez, algo desconectado por algunos autores como una de los aspectos positivos de esta etapa de la vida. Pero también puede convertirse en un elemento negativo para el sujeto, de manera que la vejez se convierte en una situación desestructurada, dominada por los escasos y la ambigüedad de los roles. Esto es lo que se denominado la desaparición social del anciano. En este sentido, el envejecimiento es el proceso inverso a la socialización que empieza los primeros años de la vida y culmina el momento en que comienza el declive biológico del individuo. El problema planteado en la vejez es que la sociedad no proporciona nuevas normas de comportamiento a los sujetos envejecidos y los individuos vienen actuando según las normas de su vida adulta previa (Contreras, 2020).

4.1.7 Abandono del Adulto Mayor

El abandono familiar se lo define como un maltrato físico, económico y psicológico que experimentan las personas por parte de sus familiares, los adultos mayores son vistos como personas frágiles que necesitan protección y asistencia, especialmente dentro de su núcleo familiar, sin embargo algunos adultos mayores son rechazados en sus propios hogares, siendo un problema que golpea actualmente a nuestra sociedad, son víctimas del abuso de sus familiares estando expuestos al maltrato físico, psicológico, social, descuido y abandono, falencias que se profundizan gravemente con el paso del tiempo (Cruz, 2007).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) sustenta esta afirmación, al definir el maltrato de personas mayores como “un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona mayor, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que ocurre en una relación basada en la confianza”, es común que el adulto mayor sea desplazado de un hogar a otro, pues ninguno de los familiares quiere hacerse cargo por completo de su cuidado, por lo cual, el adulto mayor no siente estabilidad, viéndose en la obligación de adaptarse a diferentes estilos de vida (Zúñiga, 2018).

4.1.8 Tipos de Abandono del Adulto Mayor.

Abandono Económico. Tiene que ver con el entorno familiar y la manera de administrar los recursos económicos de los adultos mayores por parte de la familia, por otro lado, el cambio de rol y dejar de ser alguien productivo y no aportar de manera significativa a la familia provoca desequilibrio económico. Sin embargo, algunos gozan de pensiones productos de jubilaciones, pero no todos gozan de dichos beneficios durante la vejez y muchos de ellos son abandonados en las casas hogar (Sapuro, 2016).

Abandono Emocional. “El abandono emocional consiste en la falta de respuesta a la necesidad de contacto afectivo del anciano como ausencia de contacto corporal, caricias, abrazos, rechazo, indiferencia, frente a los estados de ánimo como alegría, desanimo, nostalgia, tristeza etc.” (Mamani, 2017).

Abandono Físico. Este abandono se puede observar en los familiares que pagan solo el pago mensual correspondiente, en una casa particular, olvidando por completo que tienen que visitar a los ancianos, descuidándolos físicamente. En las familias de bajos ingresos, las personas mayores están totalmente abandonadas, dejando espacio para las personas mayores pobres (Nuñez y Torres, 2019).

4.1.9 Soledad

La soledad es la carencia de compañía. Dicha carencia puede ser voluntaria (cuando la persona decide estar sola) o involuntaria (cuando el sujeto se encuentra solo por distintas circunstancias de la vida). La soledad, por lo tanto, implica la falta de contacto con otras personas. Se trata de un sentimiento o estado subjetivo, ya que existen distintos grados o matices de soledad que pueden ser percibidos de distintas formas según la persona. Según un estudio publicado en "Perspectives in Psychological Science" (Las Perspectivas de la Ciencia Psicológica- Revista bimestral con una amplia integración de investigaciones y meta -análisis, Miembro de la Comisión de Ética de Publicación COPE). La soledad puede tener que ver con la muerte a temprana edad. Los responsables de esta investigación analizaron 70 publicaciones científicas al respecto y llegaron a conclusiones bastante reveladoras; la soledad o el sentimiento de aislamiento puede afectar muchísimo la salud mental y física de las personas. No es sólo esa sensación desagradable que tenemos cuando nos sentimos realmente solos en el mundo, sino que también, una emoción que va deteriorando el organismo. Los investigadores se enfocaron en la influencia que tiene esta emoción, y en la manera en que las personas la interpretan. Afirman que al igual que otros sentimientos negativos, la soledad puede producir que se desarrollen enfermedades graves que pueden, incluso, provocar la muerte.(Contreras, 2020).

4.2 Capítulo II: Depresión y Ansiedad

4.2.1 Depresión en los Adultos Mayores.

La depresión en el adulto supone un importante problema de salud debido a su prevalencia, a su repercusión sobre la calidad de vida del paciente y sobre la estructura familiar y social y a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio. Por todo ello, la depresión se considera de gran importancia no solo para el sistema sanitario, sino también para la sociedad. La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Crisoles y Lizarme, 2018).

Con el envejecimiento aparecen un grupo de enfermedades, conocidas como crónicas o degenerativas, y alteraciones conexas a éstas, que disminuyen la calidad de vida. Con el avance de la edad, algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud mental aumentan.

La depresión es uno de ellos y, además constituye uno de los padecimientos más frecuentes, incapacitantes y asociado a una alta mortalidad (Navas, 2013).

Definición. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define que la depresión, es un trastorno mental afectivo común y tratable, frecuente en el mundo y caracterizado por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos y físicos, y estos pueden ser de etiología primaria o secundaria. En la quinta edición del "Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), manifiesta que la depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde la principal característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático (Tulio y Del, 2021).

Martínez, (2007) refiere que las características que se presentan en un adulto mayor con depresión pueden ser algo evidente, tales como pérdidas de peso, insomnio, ideas delirantes en los más graves cuadros psicóticos. La depresión varía desde una ligera intranquilidad, abatimiento en forma ligera hasta la más profunda tristeza, el anciano que no es feliz tiene un sentimiento de incapacidad, inutilidad y pierde el interés por las actividades habituales. En la depresión más profunda hay una tensión constante y muy desagradable; cada día se acompaña de pena, y el individuo se muestra temeroso, angustiado, preocupado, agitado y padecer sufrimiento físico y emocional (Espinoza, 2018).

Epidemiología. El aumento de la esperanza de vida a nivel mundial debe ir de la mano de una mejor calidad de vida en esos años. Actualmente, la esperanza de vida es de 72,7 años en hombres y 78,1 años en mujeres. En Ecuador se estima que 7% de la población es mayor de 65 años, el dato concuerda con la estadística mundial. El adulto mayor tiene mayor morbilidad y padece especialmente enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, las cuales aumentan progresivamente la dependencia. La depresión tiene alta prevalencia en el adulto mayor, en Ecuador la prevalencia fue de 39% según la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento).

La depresión en esta población tiene características especiales pues las personas mayores de 65 años tienen factores propios como las enfermedades que padecen, el entorno en que viven, situación social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, entre otros. La soledad predispone a depresión en mujeres y hombres. Un estudio en Perú encontró asociación de depresión con problemas físicos e incapacidad. La depresión es un proceso multifactorial y se ha demostrado asociación con la falta de apoyo de la red social (Campillo y Caraveo, 2018).

Se estima que la incidencia de casos nuevos por año es de aproximadamente 15%. Un estudio longitudinal en Beijing encontró una incidencia acumulada a cuatro años de 10,58% en una muestra de 2506 ancianos de las zonas urbana y rural, en Suecia, reportaron una incidencia de 16,4% a cinco años en una cohorte de personas de 70 años ; cabe destacar que la depresión mayor tuvo un incremento importante de la incidencia en personas con antecedentes de algún grado de depresión a lo largo de su vida en comparación con personas sin antecedente (10,3% vs 1,8%) (Campillo y Anduaga, 2018).

Formas Clínicas de la depresión en el adulto mayor. La depresión es probablemente el ejemplo de presentación inespecífica y atípica de enfermedad en la población geriátrica. Los síntomas y signos pueden resultar de una variedad de enfermedades físicas tratables, y, de este modo, frecuentemente la depresión y las enfermedades físicas coexisten y se exacerbaban en estos pacientes. Muchos síntomas físicos pueden ser causa de una depresión: fatiga, anorexia, insomnio, palpitaciones, dolor torácico, dolor abdominal, estreñimiento, dolor musculoesquelético difuso, cefalea, parestesias, por lo que el examen ha de ser cauteloso en ambos sentidos. Los síntomas, como la tristeza o inutilidad, pueden ser somatizados de manera característica por el paciente anciano. La principal causa de pérdida de peso en la vejez es la depresión (se ha asociado a pérdida de masa ósea y es un factor de riesgo para un pobre estado de salud).

Por otra parte, la depresión se asocia a una alteración funcional debido quizás a una alteración emocional, a un declive en la función cognitiva y física. Afecta a la incapacidad y dependencia, siendo a su vez la incapacidad un claro factor de riesgo para la propia depresión, sin olvidar que no es inevitable el declive funcional en el curso de esta patología y su reversibilidad, al menos en parte (Antón y Esteban., 2007).

Los pacientes con demencia desarrollan depresión en mayor frecuencia que la población general, y a su vez los síntomas depresivos son muy frecuentes entre los pacientes con demencia. Secundariamente a un deterioro subjetivo de memoria, los estigmas depresivos, provocados por la propia conciencia de enfermedad, pueden aparecer inicialmente como la única clínica destacable. Por otra parte, está bien demostrado que la depresión es un factor de riesgo para padecer enfermedad de Alzheimer a los cinco años. Se puede caracterizar por los siguientes síntomas: ánimo deprimido, anhedonia, aislamiento social, disminución del apetito, insomnio, alteración psicomotora, fatiga o falta de energía, sentimiento de inutilidad y pueden estar presentes

ideas de suicidio. Es importante destacar, así mismo, que la depresión complica el curso de la demencia por aumentar la incapacidad, la agresividad, el estrés y depresión del cuidador (Antón y Esteban, 2007).

Diagnóstico. La depresión en el anciano con frecuencia difiere en su presentación comparada con otras etapas de la vida, hay mayor comorbilidad, que oculta o disimula manifestaciones a través de quejas somáticas, así como a la presencia de deterioro cognoscitivo. Erróneamente, se llega a considerar esto como parte del envejecimiento y no como un evento mórbido tratable. Fármacos usados en patologías médicas pueden considerarse causas potenciales de los síntomas y signos de la depresión (Torrejón, 2015).

Por todo ello, es fundamental hacer una buena historia clínica que incluya síntomas (síntomatología actual y factores desencadenantes), antecedentes (familiares y personales, respuesta a tratamientos previos) y consumo de sustancias; exploración física; exploración psicopatológica (alteraciones del humor y estado afectivo, alteraciones de la conducta, apariencia y motricidad, alteraciones de la percepción y del pensamiento, autoestima y culpa e ideación autolítica); exploración cognitiva; pruebas complementarias (hemograma, analítica de orina, iones, urea, glucosa, creatinina, transaminasas, hormonas tiroideas, vitamina B12 y ácido fólico) y pruebas psicométricas. Existen numerosas escalas para la valoración de síntomas depresivos, pero muchas de ellas no han sido específicamente diseñadas para el anciano (Antón et al., 2007).

Trastorno de Depresión Mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere

inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica (DSM-5TM, 2012).

Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado (American Psychiatric Association(DSM-5TM, 2012).

Tratamientos psicológicos. Los tratamientos psicológicos que ayudan en gran medida en la depresión está la Terapia de Conducta se pueden reconocer seis procedimientos terapéuticos.

- 1) El Programa de Actividades Agradables consiste en un programa altamente estructurado, en 12 sesiones, dirigido a cambiar la cantidad y la calidad de las interacciones del paciente depresivo, mediante un conjunto de estrategias que incluyen el entrenamiento asertivo, la relajación, la toma de decisiones, la solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo.
- 2) El Entrenamiento de Habilidades Sociales es también un programa estructurado en 12 sesiones dirigido a mejorar tres clases de conductas: la aserción negativa (implicando conductas que permiten a la persona defender sus derechos y actuar de acuerdo con sus intereses, a la vez que se es considerado con los demás), la aserción positiva (relativa a la expresión de sentimientos positivos hacia otros) y las habilidades conversacionales (desde la iniciación, la realización de preguntas y la

revelación apropiada de sí mismo, hasta la terminación de conversaciones), todo ello en los distintos ámbitos de las relaciones sociales.

- 3) El Curso para el Afrontamiento de la Depresión, CAD, es igualmente un programa altamente estructurado, de 12 sesiones, con dos más de apoyo (al mes y a los 6 meses), para ser llevado en grupo. El programa se concibe como un tratamiento psico-educativo, donde el terapeuta hace más bien el papel de instructor o líder del grupo que el papel de terapeuta tradicional, mientras que, por su lado, los participantes son más participantes de un curso de aprendizaje que pacientes receptores de un tratamiento. Los contenidos del programa son multimodales, pero su núcleo está en la programación de actividades agradables, el entrenamiento en habilidades sociales, la modificación de cogniciones (Pérez y García, 2001).
- 4) La Terapia de Autocontrol de Rehm (1977) asume que la depresión se caracteriza por déficits específicos en el manejo de la conducta de uno mismo. La terapia consiste en un programa estructurado de 6 a 12 sesiones, centrado en cada uno de dichos aspectos, disponible también para su aplicación en grupo.
- 5) La Terapia de Solución de Problemas relaciona la depresión, como ya declara el nombre, con la ineficiencia en la solución de problemas. La depresión ocurriría ante situaciones problemáticas, de modo que si no son resueltas traerían como consecuencia la «baja tasa de reforzamiento positivo». La Terapia Cognitiva, al igual que la Terapia de Conducta, ofrece un planteamiento completo de la depresión, de manera que dispone de una teoría, de una evaluación diagnóstica y de un procedimiento terapéutico. Concibe la depresión en términos de pensamientos negativos sobre sí, el mundo y el futuro, debidos a ciertos esquemas depresógenos y a errores lógicos en el procesamiento de la información (Pérez y García, 2001).

El tratamiento del trastorno depresivo mayor en los ancianos tiene como objetivo mejorar la calidad de vida, optimizar el funcionamiento, lograr la remisión de los síntomas y prevenir las recaídas y recurrencias. El tratamiento incluye psicoterapia, medicamentos y terapia electroconvulsiva. La elección del tratamiento depende de muchos factores, incluyendo el problema primario que causa la depresión, la gravedad de los síntomas, la disponibilidad de las diversas opciones y los trastornos subyacentes que pudieran contraindicar una forma específica de tratamiento (déficit visual o auditivo, cardiopatías que contraindicaran el uso de ciertos medicamentos). Los psicofármacos se han constituido en el pilar del tratamiento del trastorno depresivo

moderado a severo, ya sea que se implementen como monoterapia o acompañados de psicoterapia (Bureau, 2013).

La terapia generalmente resulta en la mejoría de la calidad de vida y de la capacidad funcional, así como de la salud, longevidad y disminución en los costos de servicios de salud. La mejoría de los síntomas debe ser evidente a las dos semanas después de haber iniciado la terapia antidepresiva. El tratamiento en la fase inicial debe ser encaminado a inducir la remisión del episodio depresivo mayor y llevar al paciente a un completo nivel de funcionalidad basal (Bureau, 2013).

Desde el descubrimiento, hace ya varias décadas, de los primeros fármacos antidepresivos, han tenido lugar importantes avances en el tratamiento de la depresión. El desarrollo de nuevos principios activos ha ampliado considerablemente el marco terapéutico de estos trastornos, existiendo la posibilidad de plantear una farmacoterapia basada, bien en los antidepresivos clásicos (inhibidores de la monoaminoxidasa y antidepresivos tricíclicos), o bien en fármacos de más reciente aparición.

En cualquier caso, al plantear el tratamiento de la depresión en la edad senil, conviene tener presentes las siguientes recomendaciones generales:

- Tratar siempre con un antidepresivo los síntomas de la depresión, sean del tipo que sean.
- Con el fin de no empeorar posibles síntomas cognitivos, se deberán utilizar antidepresivos sin efectos anticolinérgicos ni sedantes.
- Procurar no usar los benzodiazepinas, salvo en los casos en que sean estrictamente necesarias, ya que estos fármacos agravan los síntomas cognitivos, producen sedación y pueden inducir cuadros confusionales en pacientes muy ancianos.
- Iniciar el tratamiento con la mitad de la dosis que en adultos.
- No olvidar la cardiotoxicidad de algunos antidepresivos, sobre todo los del grupo heterocíclico.
- Evaluar posibles interacciones con otros fármacos que el enfermo reciba.
- Tratar el mínimo tiempo posible, pero conforme a los criterios de duración de tratamiento (Farmac, 2017).

Clasificación de la Gravedad de la Depresión. La depresión se puede clasificar de acuerdo con sus signos y síntomas como depresión leve, depresión moderada, depresión severa.

Depresión Leve. Es la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y la pérdida de interés en las cosas que antes uno disfrutaba. La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. La depresión leve es una enfermedad común que en ocasiones el propio paciente ignora o niega. El peligro que entrañan las depresiones leves es que sus víctimas no se definen a sí mismas como depresivas. Las personas con depresión leve suelen pensar que todo el mundo se siente como ellas, que es normal su tristeza. La depresión leve es una enfermedad que comienza con leves indicaciones que de no ser correctamente tratadas derivan en un estado de padecimiento crónico y recurrente (Torrejón, 2015).

La Depresión Moderada. El individuo pierde el interés por casi todo y tiene que empeñarse mucho o ser forzado por otros para activarse. Las personas con depresión moderada se sienten aburridas durante la mayor parte del tiempo. Las mujeres descuidan de modo notable su apariencia personal, lloran con facilidad al hablar de sus problemas personales, tienden a tomar todo con seriedad y nada les parece gracioso. Por otro lado, el apetito desaparece y en ocasiones la persona deja de comer sin percatarse de ello. Se despierta dos o tres horas antes de lo acostumbrado o duerme mucho más que antes. El deseo sexual disminuye notablemente, puede permanecer sentado durante largos ratos, en silencio (Jara, 2018).

La Depresión Severa. Este estado en el cual las personas siempre se encuentran de mal humor, realizan movimientos lentos, presentan sensación de cansancio, en muchos casos las personas que presentan depresión severa se encierran en un cuarto y rompen en llanto, ya que siempre se sienten con falta de afecto y con intenciones de acabar con su vida (Torrejón, 2015).

4.2.2 Ansiedad en los Adultos Mayores.

En los adultos mayores se puede determinar que la ansiedad es una de las alteraciones más comunes y en la mayoría de los casos no es detectada por el adulto mayor y/o su entorno familiar, pues dado que tiene un componente cognitivo y somático, con predominancia del segundo, se minimizan los aspectos cognitivos lo que dificulta el diagnóstico. En relación con esto, las múltiples comorbilidades que padecen estos pacientes, el miedo de estigmatización, los estados de duelo y el aislamiento ocasionan dificultades para establecer un diagnóstico adecuado, lo cual se ve empeorado por el hecho de que se ha demostrado que la ansiedad está asociada

al deterioro cognitivo leve y síntomas ansiosos, que son el resultado de la percepción de los ancianos de incapacidad y limitación para realizar ciertas tareas cotidianas. Ante estas situaciones de impotencia, los niveles de la ansiedad pueden llegar a reacciones no calculadas y llevarlos a tener incluso conductas de agitación, tanto en la ansiedad como en la depresión (Urrego, 2014).

Definición. Se puede definir a la ansiedad como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes (Orozco y Vargas, 2012).

Los estados mentales como el miedo se acompañan de cambios fisiológicos que preparan para esta defensa o huida, como son el aumento de la frecuencia cardiaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular, sumando al aumento de la actividad simpática (temblor, poliuria, diarrea). Estos cambios son respuestas normales ante situaciones de estrés. En ocasiones, la ansiedad no facilita una mejor adaptación, surgiendo falsas alarmas ante posibles amenazas que realmente no lo son, u en otras ocasiones tienden a percibir reiteradamente una serie de amenazas magnificadas que provocan niveles excesivamente altos de ansiedad (Mathis et al., 1970).

Epidemiología. Los TA son, como grupo, las enfermedades mentales más comunes, con una alta prevalencia de aproximadamente 2-8% en la población general y 10-12% en las consultas de atención primaria. En los últimos años se ha observado un incremento de los casos de TA, así como de la comorbilidad que a menudo los acompaña. Los TA son 2 veces más prevalentes en mujeres. Los TA son frecuentes en la actividad clínica de atención primaria. Se calcula que 1 de 10 pacientes que se atienden diariamente presentan un TA, siendo incluso más comunes que la diabetes mellitus. En el anciano, los TA tienen una prevalencia de 5-10%. Destaca la alta comorbilidad de los TA con la depresión, principalmente en el adulto mayor (Orozco y Vargas, 2012).

Formas Clínicas de la Ansiedad en el Adulto Mayor. Siguiendo la clasificación DSM IV, y por orden de frecuencia de presentación en el anciano, podemos citar:

Trastorno de Ansiedad Generalizada. Se caracteriza por ansiedad anticipatoria, hipervigilancia, tensión emocional y temores excesivos. Se asocia al menos con seis de los siguientes síntomas: temblor, desasosiego, tensión muscular, fatiga (tensión motora) disnea, taquicardia, sudoración, sequedad de boca, mareos, tiritona, disfagia (hiperactividad autonómica) insomnio, dificultad de concentración, irritabilidad (hipervigilancia). Suele debutar muchos años antes, siendo considerado como un rasgo de personalidad, pero el propio envejecimiento o circunstancias relacionadas con él pueden exacerbarlo hasta hacerlo claramente patológico. La aparición tardía obliga a descartar patología orgánica concomitante o desencadenante psicógeno o social.

Trastorno Fóbico. Consiste en un temor persistente hacia un objeto, situación o actividad. Quizás la más destacable y frecuente en el anciano sea la agorafobia, pero ya se suele presentar en edades previas y simplemente se agudiza. La fobia social es persistente en el anciano por causas físicas (temblor, etc.) o psíquicas, con maniobras de evitación (demencias). Por tanto, a veces son la única expresión de una patología de base que hay que investigar.

Trastorno Obsesivo Compulsivo. Se describe como obsesiones recurrentes, de entidad suficiente como para interferir la rutina o las relaciones laborales o sociales del individuo. Las obsesiones pueden consistir en ideas, impulsos o incluso imágenes recurrentes que se experimentan de forma inapropiada; es decir, no son simples preocupaciones; lo realmente patológico es la propia vivencia de esas sensaciones. Quizás la ideación obsesiva religiosa sea la más frecuente en ancianos.

Trastorno de estrés post-traumático. Es idéntico al de otras edades, y existen muy pocos datos en edades avanzadas.

Trastorno de ansiedad en relación con enfermedad médica. En geriatría, la ansiedad puede ser el síntoma único de enfermedad médica o carencia nutricional.

Trastorno de ansiedad inducido por fármacos. Es importante destacar que dosis incluso terapéuticas en el anciano pueden inducir ansiedad. Además, la interacción de fármacos puede alterar el metabolismo, con efectos paradójicos como la propia ansiedad (Antón et al., 2007).

Diagnóstico. Trastorno de ansiedad en la persona mayor es frecuente, crónico y subdiagnosticado, siendo una causa subestimada de angustia, discapacidad y riesgo de mortalidad.

La ansiedad en los adultos mayores puede ser descrita o experimentada con predominio de síntomas somáticos tales como mareos y temblores; además pueden presentarse como ansiedad subclínica (angustia o abatimiento funcional), sin cumplir criterios diagnósticos para ansiedad. En la persona mayor se presentan mayor cantidad de síntomas físicos y síntomas de preocupación que los jóvenes. Existe diferencias en la presentación del trastorno de ansiedad por grupos de edad, algunas de las más notorias en las personas mayores son:

- Cursan con más alteraciones del sueño (insomnio).
- La tasa de comorbilidad con depresión es más elevada.
- La depresión es más grave y profunda en comparación con los jóvenes.
- En su presentación clínica tienen menos síntomas típicos de ansiedad.
- Las manifestaciones somatomorfas son más frecuentes.
- Cursan con mayor discapacidad debido a preocupaciones.
- La preocupación por su propia salud y bienestar familiar son mayores, mientras que a los pacientes jóvenes les preocupa más por el futuro y la salud de otros. De acuerdo con un estudio en adultos de 70 a 85 años, los síntomas asociados con la respuesta autonómica y la tensión muscular disminuyen a mayor edad, mientras las preocupaciones se mantuvieron estables o aumentaron. En un estudio de cohorte un total de 22.8% de los encuestados reportaron tener síntomas de preocupación, nerviosismo, inquietud o ansiedad, leve (18.6%) o grave (4.2%), y este fue un factor de riesgo importante para los trastornos de ansiedad en mujeres) y hombres.

Las personas con trastornos de ansiedad cursan con diversas alteraciones en diferentes órganos y sistemas:

- Gastrointestinales
- Genitourinarias
- Fallas en memoria diferida
- Alteración del pensamiento abstracto.
- Malas relaciones sociales (IMSS, 2019).

Tratamiento psicológico

Terapias cognitivo-conductuales

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se caracteriza por ser un método activo y directivo, y en ella paciente y terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión. Utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes según la sintomatología a abordar: relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas (Mathis et al., 1970).

Las terapias cognitivo-conductuales han sido ampliamente empleadas. Sus protocolos suelen incluir psicoeducación, autorregistros, entrenamiento en relajación, exposición a pensamientos y situaciones con desensibilización sistemática y reestructuración cognitiva. En ocasiones se han empleado otras técnicas como el entrenamiento en la resolución de problemas. Se ha evidenciado gran efectividad (Fernandez y Antequera, 2013).

El tratamiento idóneo del trastorno de ansiedad en el anciano debe contemplar ineludiblemente la psicoterapia y el tratamiento farmacológico, muchas veces de forma conjunta. Tradicionalmente han sido utilizados benzodiacepinas, antidepresivos tricíclicos, IMAO, anticomiciales e incluso antihistamínicos, pero la irrupción de los nuevos antidepresivos como los ISRS, ya referidos previamente, y los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN), de acción dual, los sitúa como de primera elección en el trastorno de ansiedad en el anciano. En cuanto al tratamiento psicológico, cabe comentar que las terapias psicoanalíticas y la psicodinámica tradicional no han mostrado utilidad, excepto quizás en la ansiedad generalizada. Sin embargo, la terapia cognitiva-conductual conjunta, con técnicas de relajación, de reestructuración cognitiva y de exposición ha revelado importantes beneficios.

Las opciones de primera línea de tratamiento conjunto se pueden resumir en:

Ansiedad generalizada:

- Escitalopram.
- Venlafaxina más terapias conductuales de relajación.
- Paroxetina. Angustia y pánico:

- Escitalopram u otro ISRS-ISRSN asociado a un benzodiazepina las dos o tres primeras semanas.
- Terapia de exposición.

Otras fobias:

- Terapia de exposición y si no basta ISRS o ISRSN.

Estrés postraumático:

- Mirtazapina u otro ISRS-ISRSN.
- No utilizar benzodiazepinas. Trastorno obsesivo:
- Escitalopram u otro ISRS-ISRSN durante al menos, doce semanas, asociado a terapia conductual de exposición y prevención de la respuesta (Antón et al., 2007).

Clasificación de la Ansiedad. La ansiedad se puede clasificar de acuerdo con sus signos y síntomas como ansiedad leve, ansiedad moderada, ansiedad severa. Este nivel de ansiedad está relacionado a las preocupaciones y tensiones en la vida diaria.

Ansiedad leve. Asociada a tensiones de la vida diaria. La persona se encuentra en situación de alerta y su campo de percepción aumenta. Este tipo de ansiedad puede propiciar el aprendizaje y la creatividad.

Ansiedad moderada. En esta ansiedad es la cual el adulto mayor se centra sólo en las preocupaciones inmediatas. Esto implica una disminución del campo de percepción. La persona bloquea determinadas áreas, pero puede reconducirse si se centra en ella.

Ansiedad severa. Aquí hay una reducción significativa del campo perceptivo. El adulto mayor puede centrarse en detalles específicos, sin poder pensar nada más. La conducta se centra en aliviar la ansiedad (Tenesaca, 2021).

5 Metodología

5.1 Tipo de Investigación

El presente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo y correlacional, el cual buscó especificar las propiedades del grupo de estudio, con el propósito de establecer las características sociodemográficas de la población investigada, además este pretendió medir el grado de correlación y la manera cómo interactúan las dos variables entre sí como es el caso de los niveles de depresión y ansiedad por la influencia del abandono familiar en los adultos mayores.

5.2 Diseño y Enfoque

El tipo de diseño fue de corte transversal pues los datos se recolectaron en dos semanas de lunes a viernes en diferentes horarios mediante visitas domiciliarias. La investigación tuvo un enfoque cuanti-cualitativo, cuantitativo ya que se utilizó para la recolección de datos mediante el número de adultos mayores pertenecientes al Cantón Saraguro y el análisis estadístico por medio de la tabulación de los resultados obtenidos. Así mismo fue cualitativa ya que se realizó un proceso inductivo, es decir que se exploró y describió el fenómeno en estudio en este caso mediante la identificación de los niveles de ansiedad y depresión en los adultos mayores y la influencia del abandono familiar.

5.2.1 Población y Muestra

La muestra estuvo conformada por 90 adultos mayores del Centro Gerontológico de Atención Diurna Gurudel de los cuales 25 se encuentran en etapa preparatoria para posterior ingreso al centro diurno, 35 se encuentran ya ingresados y 30 adultos mayores los cuales se encuentran en el Centro de Saraguro y se les realizó visitas domiciliarias por cuestiones de salud, esta población en total estuvo conformada por 32 hombres y 58 mujeres entre edades de 65 a 90 años.

5.3 Procedimiento

Para la recolección de los datos necesarios se procedió de la siguiente manera:

- a) Gestión y permisos con las autoridades del Cantón Saraguro, para poder acceder al Centro Gerontológico Diurno Gurudel de Adultos Mayores y pedir su colaboración para el desarrollo de la siguiente investigación.
- b) Socialización del propósito de la investigación a los participantes tanto los adultos mayores del Centro Gerontológico Diurno Gurudel y adultos mayores que se encontraron en etapa de preparación y de reinserción. Posteriormente se aplicó el consentimiento informado, ficha sociodemográfica y test como Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage, Escala de ansiedad de Hamilton.

- c) Se realizó la tabulación, codificación y notación de la información proporcionada por los instrumentos de recolección de datos, finalizando con el análisis, síntesis, descripción e interpretación de estos.
- d) Para el procesamiento estadístico se utilizó el software de estadísticas IBM SPSS Statistics 25 y Microsoft Office Excel 2016 simultáneamente. Estos resultados se transferirán a Microsoft Word 2016 para la presentación final de los resultados.
- e) Una vez obtenidos los cuadros y gráficos estadísticos, se llevó a cabo el análisis, la síntesis, la descripción, la interpretación y el análisis de los resultados obtenidos para llegar a las conclusiones y recomendaciones pertinentes.
- f) En base a los resultados obtenidos se elaboró una propuesta de intervención primaria en la prevención de depresión y ansiedad en los adultos mayores del Cantón Saraguro.

5.4 Técnicas e Instrumentos

5.4.1 Técnicas

Las técnicas que se utilizaron fueron la entrevista la cual se utilizó para obtener información de los adultos mayores en situaciones de abandono, la observación de la población a investigar fue de vital importancia para tener mayor conocimiento de los mismos y aplicación de reactivos o test psicológicos.

5.4.2 Instrumentos

Consentimiento Informado. Para llevar a cabo la presente investigación se procedió a aplicar un consentimiento informado donde el adulto mayor confirmó voluntariamente su deseo de participar en el estudio del cual ha sido informado sobre todos los aspectos que se investigaran. (Anexo 1)

Ficha Sociodemográfica. Permite obtener información personal específica como edad, etnia, sexo, y características del abandono que nos servirá para analizar y corroborar los resultados de la investigación, y poder dar cumplimiento a nuestro primer objetivo planteado. (Anexo 2)

Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage. Se trata de un instrumento de auto reporte compuesto por 30 reactivos que miden la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas, 20 de ellas miden la presencia de síntomas (“¿Siente que su vida está vacía?”), mientras que 10 son considerados ítems inversos (“¿En el fondo está satisfecho con su vida?”). Es una escala dicotómica en la que el entrevistado responde sí o no. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 30, en donde altas puntuaciones sugieren altos riesgos de presentar depresión. Su

valoración se la realiza de acuerdo al puntaje obtenido por la persona: 0-5 puntos no tiene depresión, 6-9 puntos probable depresión, 10-15 puntos depresión establecida. Existen evidencias robustas de que el instrumento funciona adecuadamente como prueba de cribaje (screening) tomando en cuenta diferentes condiciones sociodemográficas, como nivel educativo y edad (Yesavage, et al., 1982). Teóricamente la estructura factorial es unitaria; sin embargo, los resultados posteriores evidencian una estructura multifactorial. En un estudio con personas mayores de 65 años residentes en Estados Unidos (n=326), un análisis factorial exploratorio usando la rotación VARIMAX, arrojó una estructura de 5 factores logrando explicar el 42.9% de la varianza. Los factores encontrados en este estudio fueron: 1. Tristeza, 2. Falta de energía, 3. Humor positivo, 4. Agitación y 5. Retraimiento social (Sheikh, Yesavage, Brooks, Friedman, Gratzinger, et al., 1991).

Uso: Se utiliza como instrumento de cribaje (screening) en la evaluación clínica en personas adultas mayores con sospecha de patología depresiva y como evidencia para la posterior formulación de diagnósticos diferenciales en ambientes geriátricos y en la práctica en psicología clínica.

Escala de Ansiedad de Hamilton. Al inicio, constaba de 15 ítems, pero 4 de ellos se convirtieron en 2, quedando reducida a 13. Consecutivamente, en 1969 fraccionó el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión es la más utilizada en la actualidad. Su objetivo era evaluar el grado de ansiedad en las personas, según el autor, no debe utilizarse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, obsesiones, depresión, demencia, esquizofrenia e histeria) (Hamilton, 1959).

Es una escala hetero aplicada que tiene 14 ítems, 13 que hacen referencia a signos y síntomas ansiosos y el último que evalúa el comportamiento del sujeto durante la entrevista. El autor mencionó para cada ítem una serie de signos y síntomas que servirán de ayuda en su evaluación, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia de este (Hamilton, 1959).

Cada ítem se evalúa en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo es 4 como punto de referencia y que escasamente debería alcanzarse en personas no hospitalizadas (Hamilton, 1959).

Solo algunos asuntos hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el sujeto debe ser sondeado sobre su condición en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Se recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las vacilaciones del estado de ánimo del sujeto (Hamilton, 1969).

6 Resultados

6.1 Objetivo 1: Identificar los tipos de abandono que presentan las personas adultas mayores del Cantón Saraguro.

6.1.1 Abandono en los Adultos Mayores

Tabla 1

Presencia o ausencia de abandono

	Frecuencia	Porcentaje
No hay abandono	3	3,3%
Si hay abandono	87	96,7%
Total	90	100,0%

Fuente: *Ficha Sociodemográfica.*

Elaborado por: *Selena Isabel Abad Jiménez.*

En la Tabla 1 se muestra que 96,7% de los adultos mayores de la investigación presentaron abandono, mientras que 3.3% de los participantes no presentaron abandono.

6.1.2 Dimensiones de la Escala de Abandono

Tabla 2

Abandono físico

	Frecuencia	Porcentaje
No existe abandono	64	71,1%
Sí existe abandono	26	28,9%
Total	90	100,0%

Fuente: *Ficha Sociodemográfica.*

Elaborado por: *Selena Isabel Abad Jiménez.*

Mediante la tabla 2 se evidenció que el 71,1% de la población investigada no presentaron abandono físico. Mientras que el 28.9% si se evidenció abandono físico.

Tabla 3

Abandono económico

	Frecuencia	Porcentaje
No existe abandono	26	28,9%
Sí existe abandono	64	71,1%
Total	90	100,0%

Fuente: *Ficha Sociodemográfica.*

Elaborado por: *Selena Isabel Abad Jiménez.*

En la tabla 3 se evidenció que el 71,1% de la población investigada si presentaron abandono económico. Mientras que el 28.9% no se evidenció abandono económico.

Tabla 4
Abandono emocional

	Frecuencia	Porcentaje
No existe abandono	10	11,1%
Sí existe abandono	80	88,9%
Total	90	100,0%

Fuente: *Ficha Sociodemográfica.*

Elaborado por: *Selena Isabel Abad Jiménez.*

Mediante la tabla 4 de datos se evidenció que el 88.9% de los participantes presentaron abandono emocional, mientras que en el 11,1% de los participantes se evidenció que no existe abandono emocional.

6.2 Objetivo 2: Conocer los niveles de depresión y ansiedad que presentan los adultos mayores del Cantón Saraguro.

6.2.1 Depresión en los Adultos Mayores

Tabla 5
Presencia de depresión

	Frecuencia	Porcentaje
No hay depresión	7	7,8%
Si hay depresión	83	92,2%
Total	90	100,0%

Fuente: *Escala De Depresión Geriátrica GDS De Yesavage.*

Elaborado por: *Selena Isabel Abad Jiménez.*

Mediante la tabla 5 de datos se evidenció que existe el al 92,2% con síntomas depresivos, mientras que no presentaron síntomas depresivos el 7,8%.

Tabla 6
Niveles de depresión

	Frecuencia	Porcentaje
Normal - Sin síntomas	7	7,8%
Síntomas depresivos leves	49	54,4%
Síntomas depresivos moderados	33	36,7%
Síntomas depresivos graves	1	1,1%
Total	90	100,0%

Fuente: *Escala De Depresión Geriátrica GDS De Yesavage.*

Elaborado por: *Selena Isabel Abad Jiménez.*

Mediante la tabla 6 de datos se evidenció que 54.4%, de los adultos mayores presentaron síntomas depresivos leve, así mismo el 36.7% presentaron síntomas depresivos moderados, mientras que el 7,8% no presentaron síntomas depresivos y el al 1,1%. presentaron síntomas depresivos graves.

6.2.2 Ansiedad en los Adultos Mayores

Tabla 7

Presencia de Ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Normal	1	1,1%
Ansiedad Patológica	89	98,9%
Total	90	100,0%

Fuente: *Escala De Ansiedad De Hamilton.*

Elaborado por: *Selena Isabel Abad Jiménez.*

Mediante la tabla 7 de datos se evidenció que 98,9% de los adultos mayores presentaron ansiedad patológica y 1,1% presentaron ansiedad normal

Tabla 8

Niveles de ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad Normal	1	1,1%
Ansiedad Moderada	45	50,0%
Ansiedad Grave	44	48,9%
Total	90	100,0%

Fuente: *Escala De Ansiedad De Hamilton.*

Elaborado por: *Selena Isabel Abad Jiménez.*

Mediante la tabla 8 de datos se evidenció que el 50.0% de los adultos mayores presentaron ansiedad moderada, el 48.9% presentaron ansiedad grave y 1,1% no presentaron ansiedad.

Dimensiones de la Ansiedad en los Adultos Mayores.

Tabla 9

Ansiedad Psíquica

	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Bajo	87	96,7%
Nivel Alto	3	3,3%
Total	90	100,0%

Fuente: *Escala De Ansiedad De Hamilton.*

Elaborado por: *Selena Isabel Abad Jiménez.*

Mediante la tabla 9 de datos se puede evidenciar que el 96,7%, de los adultos mayores presentaron un bajo nivel de ansiedad psíquica, el 3,3% si presentaron esta ansiedad en nivel alto.

Tabla 10
Ansiedad somática

	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Bajo	88	97,8%
Nivel Alto	2	2,2%
Total	90	100,0%

Fuente: Escala De Ansiedad De Hamilton.

Elaborado por: Selena Isabel Abad Jiménez.

Mediante la tabla 10 de datos se evidenció que el 97,8%, de los adultos mayores presentaron un bajo nivel de ansiedad somática, el 2,2% si presentaron esta ansiedad en nivel alto.

6.3 Objetivo 3: Determinar la correlación entre los tipos de abandono que presentan los adultos mayores del Cantón Saraguro entre los niveles de depresión y ansiedad.

Tabla 11
Relación entre abandono y depresión con ansiedad

			Abandono Físico	Abandono Económico	Abandono Emocional
Rho de Spearman	Valoración de Depresión	Coefficiente de correlación	-,215*	-,342**	-0,070
		Sig. (bilateral)	0,042	0,001	0,509
	Nivel de Ansiedad	N	90	90	90
		Coefficiente de correlación	-,268*	0,100	,266*
		Sig. (bilateral)	0,011	0,347	0,011
		N	90	90	90

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales - SPSS

Elaborado por: Selena Isabel Abad Jiménez.

La Tabla 11 nos muestra los resultados obtenidos a través de la prueba de correlación de Spearman, con la cual podemos identificar la presencia o ausencia de una correlación estadísticamente significativa con un nivel de confiabilidad del 95%, en donde: El abandono económico tiene un correlación negativa perfecta con depresión con una significancia bilateral de 0,001, así mismo el abandono físico presenta correlación con depresión con una significancia de 0.042, y ansiedad de 0.011, finalmente el abandono emocional presentó una correlación de 0.011 con ansiedad.

6.4 Objetivo 4: Plan de Intervención Psicológica en Depresión y Ansiedad en los Adultos Mayores del Cantón Saraguro.

6.4.1 Presentación

El presente Plan de Intervención Psicológica se basa en un enfoque Cognitivo

Conductual el cual centra su tratamiento en las creencias irracionales y conductas desadaptativas (emociones, sensaciones físicas) de las personas que presentan depresión y ansiedad

Por lo cual es necesario la formulación de objetivos psicoterapéuticos, estructuración de las sesiones y el establecimiento de las técnicas que le apoyarán en la intervención psicoterapéutica.

6.4.2 Justificación

El presente plan de intervención está diseñado a partir de los resultados y las necesidades encontradas durante la presente investigación y con la finalidad de intervenir y aminorar el impacto psicológico en los adultos mayores ocasionado por el abandono familiar que da a lugar una sintomatología depresiva y ansiosa que podría desencadenar en diversas consecuencias, debido que durante la edad adulta se experimentan múltiples cambios que en ocasiones suelen no ser aceptados de la mejor manera por el adulto mayor lo que trae consigo múltiples consecuencias negativas.

Entendiendo que el impacto psicológico en la persona mayor se relaciona con su historia personal y los cambios dependen del propio envejecimiento, pero también en gran medida, de la adaptación establecida ante los cambios en su situación física y funcional, impacto social se establece en que diariamente se incrementa el número de personas mayores, particularmente en el rango superior a los 80 años.

Teniendo en cuenta lo mencionado, la finalidad del presente plan de intervención es disminuir el impacto psicológico de los múltiples cambios que se dan en la edad adulta y ocasionan la presencia de depresión y ansiedad que se ven influenciados por múltiples factores sociales, individuales entre otros.

6.4.3 Objetivos

- Reducir el malestar y los síntomas depresivos (conductas de tristeza, irritabilidad, llanto). Teniendo en cuenta los cambios psicofisiológicos propios de la etapa de adultez y la aceptación de estos cambios.
- Ayudar a comprender los síntomas depresivos y ansiosos adquirir creencias más adaptativas y saludables.
- Promover una cohesión grupal que favorezca la adherencia a la terapia y el apoyo social como factor de protección frente a los trastornos psicológicos.

- Mejorar la comunicación en las relaciones con su entorno, con sus iguales y su familia, considerando el apoyo social un factor de protección frente a trastornos mentales.

6.4.4 Fases del Plan de Intervención Psicoterapéutico

Para la elaboración del Plan de Intervención Psicológica se seguirán las siguientes fases:

1. Encuadre
2. Diagnóstico
3. Planificación de sesiones
4. Intervención
5. Seguimiento

Fase 1: Encuadre. Conociendo los resultados de la presente investigación se evidenció que en los adultos mayores del Cantón Saraguro existe un abandono general, siendo el abandono emocional más frecuente, seguido del abandono económico. Por otro lado, los participantes presentaron niveles de depresión leve y ansiedad moderada. Así mismo se evidenció la existencia de correlación del abandono físico con la depresión y ansiedad. Por otro lado, el abandono económico tiene correlación con la depresión; y el abandono emocional tiene correlación con la ansiedad.

Se realiza el presente encuadre en las primeras sesiones se trabaja en el rapport que viene a ser un elemento fundamental en esta relación, pues se entiende como aquel acuerdo armonioso que consiste en una combinación de componentes emocionales e intelectuales. Éste permite que el paciente perciba al terapeuta como alguien que sintoniza sus sentimientos y actitudes; que es simpático, empático y comprensivo; que le acepta con todos sus defectos; y con quien puede comunicarse sin tener que explicar detalladamente lo que siente y menos desmenuzar todo cuanto dice. De la misma manera, el terapeuta se siente más interesado por el paciente, respira con libertad en la comunicación, experimenta empatía y sabe que puede hablar espontáneamente sin temer que sus palabras sean malinterpretadas, en concreto, el paciente tiene la sensación de ser aceptado y comprendido. Además, el rapport también puede utilizarse para reforzar aquellas conductas adaptativas del paciente, es decir, se logrará mantenerlo motivado para el tratamiento y para emprender los procedimientos establecidos a lo largo de la intervención.

En el encuadre básicamente el terapeuta hace un convenio con el paciente, en cuanto al tipo de terapia, la duración de la misma, así como también se habla sobre los límites de terapeuta-paciente, los logros que se pretende alcanzar, el sentido de la confidencialidad además de establecerse los objetivos de las terapias y compromisos por parte del terapeuta como del

paciente.

Fase 2: Diagnóstico. En esta parte de diagnóstico se tomará en cuenta a la población de adultos mayores que presentaron depresión y ansiedad en base a la aplicación de los reactivos psicológicos, los mismos que permitieron evaluar y diagnosticar sintomatología, detallando las diferentes situaciones personales, familiares sociales que se han presentado en la vida de cada paciente y así poder obtener un diagnóstico y de esta manera planificar un proceso psicoterapéutico de acuerdo a las necesidades de las personas en estudio.

Fase 3: Planificación de Sesiones. Durante el tratamiento, se emplearán las técnicas más propicias para desaparecer las quejas y alcanzar las demandas, es decir, se deberán elegir aquellas que faciliten la erradicación de aquellos pensamientos inadecuados; y también aquellas que retroalimenten las conductas establecidas como metas a conseguir. Para ello, es necesario identificar aquellas a tratar y el orden en el que se efectuará la intervención de las mismas.

La intervención, generalmente consta de 10 sesiones las cuales todas se realizarán de manera grupal con la población, realizadas una vez por semana, y en casos especiales se plantea realizarlas dos veces por semana.

En cada una de las sesiones los pacientes deberán realizar tareas, con la finalidad de ir evaluando sus cogniciones. Posteriormente antes de iniciar la próxima sesión se evaluarán las tareas con la finalidad de que el paciente se dé cuenta de sus pensamientos erróneos y además descubra la utilidad de cada sesión terapéutica.

Fase 4: Intervención. Luego de haber desarrollado la planificación de sesiones se pretende la ejecución del presente Plan de Intervención Psicológica propuesto, dado que es necesario que los adultos mayores con depresión y ansiedad reciban un Tratamiento Psicológico oportuno que atienda a sus necesidades, disminuya los síntomas de a fin de mejorar su calidad de vida en general.

SESIÓN N°1
Técnica: Psicoeducación
Objetivo: Informar, orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende, una mejora en la calidad de vida
Duración: Duración (25-30 minutos)
Procedimiento: Se trata de concientizar al individuo sobre las diversas consecuencias negativas causadas por la presencia de depresión y ansiedad, sus implicaciones en su vida cotidiana, es decir se proporciona información, explicando una determinada situación de

modo coherente, precisa, sencilla, presentando al paciente los elementos necesarios para la comprensión del tema, estimulando conductas adecuadas para afrontar el problema.

Los contenidos Psico-educacionales deben centrarse en:

- 1) El diagnóstico y sus implicancias.
- 2) La necesidad de realizar un tratamiento integral.
- 3) El fundamento del tratamiento psicofarmacológico.
- 4) La importancia de seguir el tratamiento
- 5) La definición del objetivo final del tratamiento en relación con la calidad de vida

Materiales

- Computadora
- Infocus
- Parlante

Responsables

- Psicoterapeuta.
- Psicóloga.

SESIÓN N°2

Técnica: Respiración diafragmática

Objetivo: Lograr que los pacientes practiquen los tipos de respiración con la finalidad de reducir las tenciones y síntomas de ansiedad.

Duración: Una duración de (45-60 minutos) dependerá de las necesidades que presenten los pacientes.

Procedimiento: Respirar profundo mientras cuentas 1...2...3...4, suelta el aire mientras cuenta mentalmente hasta 8, repite el proceso anterior.

De lo que se trata es de hacer las distintas fases de la respiración de forma lenta y un poco más intensa de lo normal, pero sin llegar a tener que forzarla en ningún momento.

Para realizar esta técnica correctamente su ubica la mano en el abdomen y el pecho respectivamente, se estará realizando la técnica correctamente solo cuando la mano ubicada en el abdomen se mueva al momento de aspirar

Materiales

- Silla
- Mesa

- Colchoneta

Responsables

- Psicoterapeuta.
- Psicóloga.

SESIÓN N°3

Técnica: Técnica de Relajación (Visualización)

Objetivo: Disminuir síntomas de ansiedad y depresión presentes en los pacientes

Duración: Una duración (30-35 minutos) dependerá de las necesidades de cada paciente

Procedimiento:

Técnica de relajamiento de J. Berges y M Bounes: Primero se realizará una explicación de lo que es la relajación, entrenamiento en respiración y condiciones específicas del tratamiento, para poder realizar el procedimiento se desarrollará en varias sesiones, la primera de la fase de concentración y representación (evocar escenas agradables), la segunda la fase de relajación neuromuscular del brazo derecho, la tercera fase que es la de regreso, en las siguientes sesiones se continúan con el relajamiento del resto de partes del cuerpo. (Balarezo, 1995, pág. 112)

Materiales

- Silla
- Mesa
- Colchoneta
- Alfombra

Responsables

- Psicoterapeuta.
- Psicóloga.

SESIÓN N° 4, 5 y 6

Técnica: Terapia Racional Emotiva de Ellis

Objetivo: Atenuar los síntomas ansiosos- depresivos modificando sistema ABC

Cognición, Emoción y Conducta.

Modificar los pensamientos erróneos que alteran el bienestar emocional del adulto mayor.

Duración: Una duración de (30-35 minutos) dependerá de las necesidades que presenten los pacientes.

Procedimiento:

Terapia racional emotiva: el cual consta de cuatro fases: primero la evaluación de los problemas, la explicación del modelo A-B-C, y del método terapéutico que se va a seguir, segundo la detección de las ideas irracionales y la toma de conciencia del papel que cumple en los trastornos emocionales y comportamentales, como tercer punto debate y cambio de ideas irracionales, y cuarto aprendizaje de una filosofía de vida mediante un dialogo didáctico (método hipotético – deductivo) (Francisco J. Labrador, et al, 2008, pág. 503)

Explicación sobre la influencia de los pensamientos ante las emociones. Los pensamientos son representaciones que hacemos de acuerdo al entorno, son conversaciones que nosotros nos realizamos mentalmente, de acuerdo al tipo de pensamiento, provocara una reacción al estado de ánimo. Los pensamientos influyen en el cuerpo, en las acciones y reacciones ante las diversas situaciones y sobre en cómo nos sentimos.

Imaginación racional emotiva: se lleva a cabo el objetivo

de prácticas la sustitución de pensamientos irracionales por racionales, se debe pide que cierre los ojos e imagine una situación (A) que le genere sentimientos negativos como ansiedad, depresión y que vaya relatando los pensamientos que suscitan (B) que hacen que comiencen a sentirse mal (C), mientras mantiene la imagen se pide que debata esos pensamientos y los sustituya por pensamientos racionales (D) describiendo los efectos que esta situación produce en sus emociones (E). (Francisco J. Labrador, et al, 2008, pág. 509)

Materiales

- Silla
- Mesa
- Colchoneta

Responsables

- Psicoterapeuta.
- Psicóloga.

SESIÓN N°7

Técnica: Habilidades de la Comunicación.
Objetivo: Mejorar la comunicación ya está favorece y fortalece la unión familiar y la buena relación entre los miembros.
Duración: Una duración de (35- 45 minutos) dependerá de las necesidades que presenten los pacientes.
<p>Procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir de manera clara el motivo de la conversación o preocupación. - Utilizar la primera persona para referirnos al problema, explicando cómo nos sentimos: “estoy muy preocupado por...”, “me siento triste por...”. - Animar a la otra persona a que de su punto de vista u opinión. - Expresar que prestamos atención: asistiendo con la cabeza, escuchando, mirando a la cara... - Resumir de vez en cuando el mensaje de la otra persona para indicar que le escuchamos y comprobar que lo hayamos entendido bien. - Realizar críticas constructivas; consiste en decirle a una persona las cosas que está haciendo bien en una situación concreta ofreciendo alternativas de cambio cuando no lo está haciendo correctamente. <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Silla - Mesa - Colchoneta <p>Responsables</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoterapeuta. - Psicóloga.

SESIÓN N°8
Técnica: Detección de pensamientos
Objetivo: Detectar y Eliminar los pensamientos automáticos que puedan inhibir la ejecución de una conducta positiva y/o desencadenar las conductas negativas, depresivas y ansiosas.
Duración: Una duración de (35-40 minutos) dependerá de las necesidades que presenten los pacientes.

Procedimiento: Se les pide a los pacientes que cuando empiecen a encontrarse incómodos, nerviosos o alterados, prestenle atención al tipo de pensamientos que está teniendo, e identificar todos aquellos con connotaciones negativas pensamientos depresivos o ansiosos. Una vez detectado el pensamiento no deseado interrumpido utilizando generalmente la orden “stop” o basta, o bien algún ruido fuerte para interrumpir los ruidos desagradables, además se sustituyen pensamientos negativos por positivo.

Materiales

- Hojas de papel boom
- Lápiz.
- Esferos

Responsables

- Psicoterapeuta.
- Psicóloga.

SESIÓN N° 9 y 10

Técnica: Entrenamiento en habilidades sociales (Asertividad, Toma de decisiones, Solución de conflictos, Role playing)

Objetivo: Permitir desarrollar habilidades de afrontamiento, mejorar relaciones afectivas, fortalecer redes sociales de apoyo.

Duración: Cuatro encuentros (30-40 minutos) dependerá de las necesidades que presenten los pacientes.

Procedimiento:

Entrenamiento En Habilidades Sociales: se realiza en varias fases:

Entrenamiento en habilidades: señala conductas específicas y se practica repertorio conductual, segunda reducción de la ansiedad con técnicas de relajación aprendidas, reestructuración cognitiva para modificar valores, creencias, cognición y/o actitudes, entrenamiento en solución de problema en donde se enseña al sujeto a percibir y procesar los parámetros situacionales relevantes

Autoobservación: Es una elaboración racional del propio individuo tendiente a tomar conciencia sobre las conductas inconscientes y automáticas que requieren cambio o control (Balarezo, 1995, pág. 95).

Role-playing: Jacob Moreno explica que la finalidad principal de esta técnica es didáctica. Busca el adiestramiento de los integrantes mediante técnicas dramáticas, pues se les entrena

en los roles que tienen que actuar en su vida real. Se reproducen las estructuras de una situación específica en un lugar adecuado para facilitarle al participante, con el entrenamiento, su mejor dominio. En todo role-playing se entre cruzan de manera simultánea tres dimensiones dramáticas: la personal, la grupal y la del rol a investigar (Ruiz, 1999).

Materiales

- Hojas de papel boom
- Lápiz.
- Esferos

Responsables

- Psicoterapeuta.
- Psicóloga.

Fase 5: Seguimiento. Una vez terminada la intervención, se sugieren sesiones posteriores de seguimiento, las cuales consisten en contactos esporádicos del terapeuta con el paciente durante determinado tiempo, con la finalidad de comprobar si los resultados del tratamiento se mantienen, han mejorado o existe la presencia de recaídas. En este tiempo de seguimiento se analiza si el paciente suele utilizar las estrategias y técnicas aprendidas durante la terapia, para poder evaluar si los resultados del tratamiento se mantienen o incluso mejoran; si esto se cumple, entonces se puede decir que la intervención clínica ha finalizado con éxito y que se han cubierto los objetivos terapéuticos planeados. En caso de que el paciente tenga recaídas, se le vuelve a inducir al tratamiento para reafirmar el objetivo terapéutico mediante las técnicas empleadas, o para tratar nuevas demandas.

7 Discusión

Dentro de esta investigación se realizó un trabajo de tipo descriptivo y correlacional para determinar la relación entre el abandono familiar físico, económico y emocional y la aparición de la depresión y ansiedad que se percibe en los adultos mayores del Cantón Saraguro, teniendo una muestra constituida por 90 participantes.

En base a los resultados luego del respectivo proceso, se evidenció que la existencia de abandono más frecuente es el abandono emocional con un 88,9%, el abandono económico con 71,1%. Mientras que el Físico se cataloga como el menos frecuente, con un 28,9%. Se concadena y compara con las evidencias obtenidas de otros estudios como el que se realiza en Colombia, para 2012, el Servicio Nacional del Adulto Mayor realizó un estudio en la región de Valparaíso, donde se evidenció la prevalencia del maltrato a los adultos mayores por parte de su familia los cuales fueron fue del 35,5% para el maltrato psicológico, el 9,2% para la negligencia, el 8,3% para el maltrato económico, el 5,6% para el maltrato físico y el 5,0% para el maltrato sexual. Según esta encuesta, un 4,1% de las personas mayores fueron víctimas de una de las tipologías de maltrato, mientras que el 13,6% experimentaron dos o más tipos de maltrato simultáneamente. En Bogotá se mostraró una prevalencia del maltrato psicológico del 35,2%. En Antioquia, un estudio de 2012 informó de una prevalencia de maltrato físico del 1,7%, económico del 1,3% y sexual del 0,4% Posteriormente, en 2015 se llevó a cabo en Colombia la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), que mostró que la prevalencia del maltrato a personas mayores era del 12,9%. Además, concluyó que el maltrato a las mujeres era más frecuente, que aumentaba conforme se incrementaba la edad y que ocurría en mayor proporción en personas de estratos socioeconómicos bajos y de zonas rurales (Agudelo, 2019).

Se comprueba a través de la prueba de correlación de Spearman, con la cual podemos identificar la presencia o ausencia de una correlación estadísticamente significativa con un nivel de confiabilidad del 95%, en donde: el abandono físico si tiene correlación con la depresión y la ansiedad debido que los porcentajes encontrados fueron depresión $0,042 < 0,05$ y ansiedad $0,011 < 0,05$; el abandono económico tiene relación con la depresión $0,001 < 0,05$, más no la hay con la ansiedad; y por último, el abandono emocional tiene relación con la ansiedad $0,011 < 0,05$, más no con la depresión las personas en esta etapa de la vida son más endebles y sensibles a presentar depresión o ansiedad por el abandono familiar.

Haciendo una comparación sustancial sobre los resultados obtenidos dentro de esta investigación, con otros autores, puedo mencionar que: Bautista (2016) dentro de su estudio titulado “Depresión en el adulto mayor por abandono familiar”, determinó que la depresión es

una consecuencia emocional provocada por el abandono familiar, para esto se aplicó la prueba de Pearson, obteniendo una correlación perfecta; una segunda investigación que coincide con esa investigación tiene como título “Factores psicosociales que influyen en la depresión del adulto mayor”, y fue realizada por Llanes, López, Vázquez y Hernández (2015), en donde se determinó como los más principales el sentimiento de vivir solos, adultos solos y sentimientos de minusvalía, siendo estas características para presentar depresión.

Así también, se determinó la presencia de los tres niveles de depresión en adultos mayores evidenciando que: el 7,8% de la población evaluada no presentan síntomas depresivos, el 54.4% presentan síntomas depresivos leves. Estos resultados se contrastan con la investigación realizada por Mejía (2019), que estudió la relación entre el abandono familiar y los niveles de depresión en adultos mayores de los centros de atención para el adulto mayor de la ciudad de Loja y donde se evidenció que: el 47,14% de la población evaluada presenta depresión leve, mientras que el 31,43% tiene depresión moderada y finalmente el 21,43% presentan niveles de depresión severa.

En concordancia con esta investigación, Álvarez, A., Mejía, K; et al. (2013), reportaron que 46.66% de los participantes presentaron ansiedad mínima (poco o nada), seguido del 26.66% que presentan ansiedad moderada, luego 16.66% con ansiedad severa y el 10% con ansiedad leve; sin embargo, es importante precisar que la escala que utilizó también fue diferente a la usada en nuestra investigación. Este resultado difiere ampliamente en relación con lo encontrado por Quispe (2019), en donde se observa que el porcentaje de Adultos Mayores que la padecen es bajo, correspondiendo al 20% de su población de estudio.

8 Conclusiones

Una vez culminada esta investigación, se puede concluir que:

- En los resultados obtenidos: El abandono económico tiene una correlación negativa perfecta con la depresión con una significancia bilateral de 0,001, así mismo el abandono físico presenta correlación con depresión con una significancia de 0.042, y ansiedad de 0.011, finalmente el abandono emocional presentó una correlación de 0.011 con ansiedad.
- El abandono emocional es más frecuente con un 88,9%, mientras que el Físico se cataloga como el menos frecuente, con un 28,9%.
- Los síntomas depresivos leves son más frecuentes dentro de esta población de estudio, correspondiendo al 54,4%.
- La ansiedad moderada es la más frecuente dentro de esta población de estudio, correspondiendo al 50%.
- Las dimensiones presentes en la escala de ansiedad utilizada se presentan con niveles bajos o inexistentes dentro de esta población, correspondiéndose el 96,7% para la psíquica y el 97,8% para la somática, refiriéndonos a que este porcentaje de población no las presentan.
- Se aceptan las hipótesis nulas planteadas en esta investigación, a un nivel de confiabilidad del 95%.
- El abandono influye significativamente en la aparición de los trastornos de depresión y ansiedad dentro de los adultos mayores del Cantón Saraguro periodo 2021.

9 Recomendaciones

En base a los resultados obtenidos del presente proyecto de investigación, se manifiestan las siguientes recomendaciones:

- Realizar intervención psicológica con pacientes que evidenciaron cuadros depresivos y ansiosos de la presente investigación.
- Realizar talleres junto a los profesionales encargados de la población investigada de adultos mayores del Cantón Saraguro que permitan mejorar las habilidades empáticas, desarrollar una comunicación asertiva y resolver conflictos. Con el objetivo de que la familia y el adulto mayor aprendan a expresar mutuamente los pensamientos y sentimientos.
- Ejecutar un plan de psicoeducación, con la finalidad que los adultos mayores del Cantón Saraguro desarrollen herramientas que les permita afrontar de manera adecuada sus estados depresivos, ansiosos y por ende mejorar su calidad de vida.
- Llevar a cabo campos de acción y prevención de la depresión y ansiedad en beneficio de los adultos mayores, con el propósito de hacer sentir a estas personas útiles, activas, estas acciones deben ir encaminadas a mejorar su estado emocional, hacerlas sentir personas vivas, fuertes, con ganas de vivir.
- Se recomienda a los adultos mayores la participación en diferentes programas proporcionados por las autoridades del Cantón Saraguro, que les permite la integración y desenvolvimiento en diferentes ámbitos.

10 Bibliografía

- Agudelo, M. (2019). *Maltrato a las Personas Mayores en América Latina*. 1–18.
<https://www.cepal.org/es/notas/maltrato-personas-mayores-america-latina>
- Antón, M., Gálvez, N., & Esteban, R. (2007). Síndromes geriátricos: Depresión y ansiedad. In *Tratado de geriatría para residentes*. file:///C:/Users/User-PC/Downloads/S35-05 23_II (3).pdf
- Bureau, E. 2013. (2013). “*SÍNTOMAS FÍSICOS RELACIONADOS CON DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD EN EL CSRD. SANTA CATARINA TABERNILLAS. ESTADO DE MÉXICO, FEBRERO 2013.*” 55.
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14346/407093.pdf?sequence=1>
- Campillo Serrano, C., & Caraveo Anduaga, J. (2018). Epidemiología de la depresión. *Salud Mental (México)*, 2(4), 40–44. file:///C:/Users/User-PC/Downloads/document.pdf
- Crisoles Pillpe, C., & Lizarme Lizarme, R. (2018). Abandono Familiar Que Influye En La Salud Mental En Los Adultos Mayores Del Puesto De Salud Choccepuquio – Apurimac, Año 2018. *Facultad de Ciencias de La Salud*, 67.
http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/3732/CRISOLES Y LIZARME_TESIS2DAES_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cruz, G. O. (2007). *Abandono del adulto mayor*. 1–126.
- DSM-5™. (2012). Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™. In *Archives of Neurology And Psychiatry* (Vol. 9, Issue 5).
<https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1923.02190230091015>
- Espinoza, M. (2018). *Efectos emocionales del abandono familiar en los adultos mayores: Hogar “Días Felices.”* 88. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15416/1/T-UCÉ-0007-PC052-2018.pdf>
- Fallis, A. . (2013). Teorías Psicosociales del Envejecimiento. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. file:///C:/Users/User-PC/Downloads/terias 11.pdf
- Farmac, M. (2017). *La depresión en el anciano*. 26. file:///C:/Users/User-PC/Downloads/13111062 (2).pdf
- Fernandez, F., & Antequera, J. (2013). *Trastornos de ansiedad en el anciano*. Psicogeriatría.
https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0101/0101_37_47.pdf
- Gómez, L, A. (2011). Trastornos del sueño en el adulto mayor. Recuperado de <https://angelrazo.files.wordpress.com/2012/08/ppt-trastronos-de-suec3b1o-en-el-adulto-mayor.pdf>
- Guerrón, M. (2016). Consecuencias Emocionales en el Adulto Mayor Ocasionadas por El Abandono de sus Familiares En El Hogar de Vida Conocoto, octubre 2014 - febrero 2015”. Ecuador. Quito. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10419/1/TUCE-0017-TS008-2016.pdf>
- Hamilton, M. (1969). Diagnosis and rating of anxiety. *Br. J. Psychiatry* 3, 76-79.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol*, 32,50-55.
- IMSS. (2019). Diagnóstico y tratamiento DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD Evidencias y Recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica*, 68.

- http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GER_0.pdf
- Landinez Parra, N., & Contreras. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia Aging, exercising and physical therapy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(384), 562–580. <http://scielo.sld.cu>
- Mamani, natalia gutierrez. (2017). Universidad Nacional Del Altiplano Segundo Miembro. *Tesis*, 1–17. [file:///C:/Users/User-PC/Downloads/emocional 12.pdf](file:///C:/Users/User-PC/Downloads/emocional%2012.pdf)
- Mathis, W., Smith, E. A., & Schoof, H. F. (1970). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. *Journal of Economic Entomology*, 63(1), 29–31. <https://doi.org/10.1093/jee/63.1.29>
- Nacional, U., Centro, D. E. L., Perú, D. E. L., Abandono, E. L., Del, F., Mayor, A., Optar, P., & Titulo, E. L. (2015). *Facultad De Trabajo Social Distrito De Viques- Huancayo*. https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/809/TTS_60.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Medina Huarcaya, J., & Mendoza. (2015). *Facultad De Trabajo Social Distrito De Viques- Huancayo*. https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/809/TTS_60.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Navas Orozco, W. (2013). Depresión, El Trastorno Psiquiátrico Más Frecuente En La Vejez. *Revista Medica De Costa Rica Y Centroamerica Lxx*, 607(607), 495–501. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133t.pdf>
- Núñez, Magaly; Torres, Y. (2019). *Factores Del Abandono Familiar Del Adulto Mayor En La Sociedad*.
- Olga Toala, Y. S. (2020). *REPERCUSIÓN DE LAS RELACIONES FAMILIARES EN LA AUTOESTIMA DE LOS ADULTOS MAYORES. V(Parte C)*, 151–156. <file:///C:/Users/User-PC/Desktop/2286-148-7411-2-10-20200216.pdf>
- Orozco, W., & Vargas, M. (2012). Trastornos De Ansiedad: Revisión Dirigida Para Atención Primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica [Revista de internet]*. LXIX (604).497-507, 2012. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 604, 497–507. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
- Peña Contreras, E. K. (2020). *Envejecimiento exitoso, bienestar y autonomía funcional en adultos mayores inmigrantes en la ciudad de Cuenca – Ecuador*. 1–196. [https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/76638/Tesis para RODERIC.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/76638/Tesis%20para%20RODERIC.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Pérez, M., & García, J. (2001). Tratamiento Eficaces Para La Depresion. *Psicothema*, 13, 493–510. <http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>
- Placeres, J., León, L., & Delgado, I. (2011). La familia y el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 33(4), 472–483. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v33n4/spu10411.pdf>
- Residente, E., María, F., & Fematt, Á. (2010). Definición y objetivos de la geriatría. *El Residente*, 5(2), 49–54.
- Sapuro, J. T. (2016). Prevalencia del abandono de los adultos mayores asilados en las salas de servicio general de un Centro Geriátrico de la Ciudad de Guayaquil. Mayo A Septiembre 2016. In *Euphytica* (Vol. 18, Issue 2). <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/6474/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-311.pdf>
- Tenesaca, K. (2021). *Depresión y ansiedad en el adulto mayor del centro geriátrico Daniel*

Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja.

https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24087/1/KarenAnai_TenesacaCamacho.pdf

- Torrejón, R. (2015). Nivel de depresión en adultos mayores, Asentamiento Humano Señor de los Milagros, Chachapoyas - 2015 [Tesis Licenciatura] Perú. *Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza 2016*. file:///C:/Users/User-PC/Downloads/moderada.pdf
- Tulio, M., & Del, C. (2021). *La depresión y su impacto en la salud pública*. 89(1).
- Urrego Amaya Juan Carlos. (2014). *Depresión Ansiedad Adulto Mayor*. 1–92.
- Yngrid Guisel Jara Castillo. (2018). *ASOCIACIÓN DE VIVIENDA EN CHICLAYO , ASOCIACIÓN DE VIVIENDA EN CHICLAYO , AGOSTO –*. 1–30.
https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1170/1/TL_JaraCastilloYngridGuisel.pdf
- Zúñiga Ochoa, V. (2018). *El abandono del adulto mayor dentro de su entorno familiar*. Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales Escuela de Trabajo Social.
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29424/1/Trabajo de titulación.pdf>

11 Anexos

11.1 Anexo 1

Consentimiento informado



Yo, _____ con Cédula de Identidad _____ autorizo a la Srta. Selena Abad, hacer uso de la información que yo pueda proporcionarle para la realización de su proyecto de investigación que tiene por tema: ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESION Y ANSIEDAD EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLOGICO DE ATENCION DIURNO GURUDEL DEL CANTON SARAGURO, PERIODO 2021 – 2022 de la Universidad nacional de Loja , Facultad Salud Humana, Carrera Psicología Clínica, la misma que se llevará a cabo en el: Centro Gerontológico de Atención Diurna Gurudel del Cantón Saraguro,

El objetivo de este documento es darle a conocer que:

La participación en esta investigación es definitivamente de forma voluntaria. Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o abandonar el estudio en el momento que quiera sin tener que rendir cuentas. Es probable que usted no reciba ningún beneficio directo del estudio realizado, pues la información proporcionada tiene como finalidad elaborar una propuesta de intervención primaria en la prevención de depresión y ansiedad en los adultos mayores del Centro Gerontológico de Atención Diurna Gurudel del Cantón Saraguro.

Finalmente cabe recalcar que el estudio no produce ningún daño o riesgo y que se garantiza total discreción y confidencialidad en la información obtenida. Con el fin de agilizar la investigación se procederá a hacer una explicación previa, antes de que conteste los test de evaluación, para un mejor desenvolvimiento.

Firma: _____

Fecha: _____

11.2 Anexo 2

Encuesta Sociodemográfica

 UNL Universidad Nacional de Loja	UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA AREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA	Autora: Selena Isabel Abad Jiménez.
	ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICA	

DATOS GENERALES

NOMBRE: _____ FECHA: _____

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA QUE MAS CONSIDERE

APROPIADA

1. SEXO

a. Masculino

b. Femenino

2. EDAD

a. 65 a 70 años

b. 70 a 75 años

c. 75 a 85 años

d. 85 a 90 años

3. ESTADO CIVIL

a. Unión Libre

b. Casado (a)

c. Divorciado

d. Viudo (a)

4. ETNIA

a. Mestizo

b. Indígena

5. ¿ACTUALMENTE CON QUIEN VIVE EN CASA?

a. Esposa(o)

b. Solo (a)

c. Hijos (a)

d. Nietos (os)

6. ¿RECIBE APOYO ECONOMICO POR PARTE DE SU FAMILIA?

a. Si

b. No

7. ¿COMO AUTOPERCIBE SU SALUD?

a. Buena

b. Regular

c. Mala

8. ¿SU FAMILIA ES RESPETUOSA, CARIÑOSA Y AMOROSA?

a. Si

b. No

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

11.3 Anexo 3

Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage

Instrumento

Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (GDS 30)

Por favor escoja la respuesta de acuerdo a como se ha sentido durante las últimas semana

¿En el fondo está satisfecho con su vida?	SI	NO*
¿Ha abandonado muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI*	NO
¿Siente que su vida está vacía?	SI*	NO
¿Se aburre con frecuencia?	SI*	NO
¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO*
¿Le preocupan ideas que no pueda quitar de su cabeza?	SI*	NO
¿Se encuentra de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO*
¿Teme que algo malo pueda sucederle?	SI*	NO
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO*
¿Se siente desamparado con frecuencia?	SI*	NO
¿Con frecuencia se siente desvelado y nervioso?	SI*	NO
¿Prefiere quedarse en casa a salir y realizar cosas nuevas?	SI*	NO
¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	SI*	NO
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que las demás personas?	SI*	NO
¿Piensa que es bueno estar vivo hoy?	SI	NO*
¿Se siente triste y desanimado con frecuencia?	SI*	NO
¿Se siente inútil en su estado actual?	SI*	NO
¿Se preocupa mucho por el pasado?	SI*	NO
¿Le parece que la vida es algo apasionante?	SI	NO*
¿Le cuesta mucho emprender nuevos proyectos?	SI*	NO
¿Se siente con energías?	SI	NO*
¿Piensa que su situación no tiene arreglo?	SI*	NO
¿Piensa que la mayor parte de la gente está mejor que usted?	SI*	NO
¿Se disgusta con frecuencia por cosas sin importancia?	SI*	NO
¿Siente ganas de llorar frecuentemente?	SI*	NO
¿Tiene dificultad para concentrarse?	SI*	NO
¿Disfruta al levantarse de mañana?	SI	NO*
¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	SI*	NO
¿Le resulta fácil tomar decisiones?	SI	NO*
¿Siente su mente tan despejada como antes?	SI*	NO

* = Asignar un punto en cada respuesta marcada con el asterisco. Aplicar sin los asteriscos.

11.4 Anexo 4.

Escala de Ansiedad de Hamilton

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

11.5 Anexo 5
Evidencia Fotográfica



11.6 Anexo 6.

Oficio de Aprobación del Tema del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 26 de enero del 2022

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA
F.S.H. DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.**

De mi consideración.

Por medio de la presente reciba un saludo cordial, en respuesta al oficio en el cual se solicita se emita el informe de pertinencia del proyecto titulado "ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESION Y ANSIEDAD EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLOGICO DE ATENCION DIURNO GURUDEL DEL CANTON SARAGURO, PERIODO 2021 - 2022." de autoría de la **Srta. Selena Isabel Abad Jiménez**.

Debo informar que me he reunido con la estudiante, y se ha realizado el análisis de estructura y coherencia, para lo cual se sugiero un pequeño cambio al tema quedando de la siguiente manera "**ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESION Y ANSIEDAD EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL CANTON SARAGURO, PERIODO 2021 - 2022.**", por lo tanto emito informe de pertinencia al presente proyecto.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente;



Dra. Ana Catalina Puertas A.
DOCENTE DE LA FACULTAD DE SALUD HUMANA

11.7 Anexo 7.

Oficio del Informe de Estructura y Coherencia del Trabajo de Integración Curricular



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. -042- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 27 de enero del 2022

Señorita.
Selena Isabel Abad Jiménez.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente me permito hacer conocer que se adjunta la respuesta del informe de **ESTRUCTURA Y COHERENCIA** del Proyecto de Tesis denominado: **“ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESION Y ANSIEDAD EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL CANTON SARAGURO, PERIODO 2021 – 2022.”**, de su autoría; el mismo fue emitido por la mi persona como docente responsable.

Particular que comunico a usted para los fines correspondientes.

Atentamente,



**ANA CATALINA
PUERTAS
Mgs**
Dra. Ana Catalina Puertas Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

C/c. Expediente Estudiantil
Archivo

11.8 Anexo 8

Oficio de aprobación y designación de director/a de Trabajo de Integración Curricular



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. -053- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 02 de febrero del 2022.

Psicóloga Clínica
Vanessa Romina Pineda Rojas Mgs
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el “Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009”, una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que está gestión, la ha designado Directora de Tesis del Proyecto adjunto, denominado: **“ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESION Y ANSIEDAD EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL CANTON SARAGURO, PERIODO 2021 – 2022”**, autoría de la Srta., estudiante Selena Isabel Abad Jiménez, con C. 1105256471, estudiante del VIII ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

En seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,



ANA CATALINA
PUERTAS

Dra. Ana Catalina Puertas Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C/c. Selena Isabel Abad Jiménez
Expediente estudiantil
Archivo

11.9 Anexo 9

Oficio de autorización al Centro Diurno Gurudel de Adultos Mayores del Cantón Saraguro.

		Universidad Nacional de Loja	CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA	Facultad de la Salud Humana
---	---	------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Oficio. No. 232- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 09 de noviembre del 2021

Ingeniero
Andrés Fernando Muñoz Silva
ALCALDE DEL CANTÓN SARAGURO
Ciudad -

De mi consideración:

Por medio del presente reciba un cordial y atento saludo, de quienes conformamos la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja el motivo es solicitarle comedidamente la autorización para que la Srta. Selena Isabel Abad Jiménez CI 1105256471 estudiante del VIII de la carrera de Psicología Clínica pueda desarrollar su investigación en la Institución que acertadamente dirige: con el tema **"ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLOGÍA DE ATENCIÓN DIURNO GURUDEL DEL CANTÓN SARAGURO, PERIODO 2021_2022."**, previo a obtener el título de Psicóloga Clínica

Aprovecho la ocasión para expresarle a usted mis sentimientos de consideración.


ANA CATALINA PUERTAS
Dra. Ana Catalina Puertas Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL

Archivo
APA/tsc


POR: [Firma]
FECHA: 12-01-2021 HORA: 13:00
LUGAR: [Firma]

Calle Manu
tras el Hospital Isidro Ayora - I
072-5

11.10 Anexo 10

Certificación de Inglés.



**FINE-TUNED ENGLISH
LANGUAGE INSTITUTE**
Líderes en la Enseñanza del Inglés

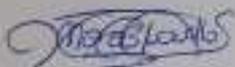
Ing. María Belén Novillo Sánchez
ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis "ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESION Y ANSIEDAD EN PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL CANTON SARAGURO, PERIODO 2021 – 2022." autoría de Selena Isabel Abad Jiménez con número de cédula 1105296471, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 02 de marzo del 2022



Ing. María Belén Novillo Sánchez
ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

**FINE-TUNED ENGLISH
LANGUAGE INSTITUTE**
Líderes en la Enseñanza del Inglés

Loja: Loja, Macará-206-01 entre Rocafuerte y Miguel Ríofrío - Teléfono: 072578800
Zamora: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero - Teléfono: 072608109
Yantzaza: Jorge Mosquera y Luis Bañados - Edificio Sindicato de Choferes - Teléfono: 072301329

www.fte.edu.ec