



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**La depresión y su relación con la angustia de abandono en el
adulto mayor institucionalizado.**

AUTOR:

Santana Ponce, Hugo Andrés

**Trabajo de titulación previo a la obtención de título de
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTORA:

Psic. Cl. Torres Gallardo, Tatiana Aracely, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

7 de septiembre del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Santana Ponce, Hugo Andrés** como requerimiento para la obtención de título de **Licenciado en Psicología Clínica**.

TUTORA

f. 

Psic. Cl. Torres Gallardo, Tatiana Aracely, Mgs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Estacio Campoverde Mariana De Lourdes, Mgs.

Guayaquil, a los 7 días del mes de septiembre del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Santana Ponce, Hugo Andrés**

DECLARO QUE:

El trabajo de Titulación **La depresión y su relación con la angustia de abandono en el adulto mayor institucionalizado** previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 7 días del mes de septiembre del año 2023

EL AUTOR

f. _____

Santana Ponce, Hugo Andrés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Santana Ponce, Hugo Andrés**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **La depresión y su relación con la angustia de abandono en el adulto mayor institucionalizado**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 7 días del mes de septiembre del año 2023

EL AUTOR

f. _____

Santana Ponce, Hugo Andrés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME COMPILATIO

COMPILATIO MAGISTER
UCSG-ECU

La depresión y su relación con la angustia de abandono en el adulto mayor institucionalizado #23ba0c 1%

Similitudes 1%

- > De los cuales 0% similares a las fuentes mencionadas en el documento Incluir en la puntuación
- > De los cuales < 1% de pasajes de similitud incluidos en textos entrecorillados Incluir en la puntuación

Idioma no reconocido < 1%

Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua. Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.


TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:

La depresión y su relación con la angustia de abandono en el adulto mayor institucionalizado

EL AUTOR:

Santana Ponce, Hugo Andrés

INFORME ELABORADO POR:

f. 

Psic. Cl. Torres Gallardo, Tatiana Aracely, Mgs.

Guayaquil, a los 7 días del mes de septiembre del año 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AGRADECIMIENTO

Mis padres se preocuparon día a día por mi progreso y el desarrollo de mi tesis, su dedicación, amor y paciencia son únicos y se reflejaron en la vida de su hijo.

En primer lugar, doy gracias a mis padres por su apoyo incondicional a lo largo de mi carrera, por impulsarme cada día a alcanzar este gran sueño, gracias a mi madre por estar conmigo desde los momentos más complejos de este camino apoyándome emocionalmente para poder seguir adelante, gracias también a mi padre por su compañía, sus consejos y por impulsarme a lograr mis metas.

Doy gracias a Dios por haberme dado a los padres que tengo ya que sin ellos el día de hoy no estuviera aquí finalizando mi carrera y comenzando esta etapa de mi vida profesional, agradezco también a todas las personas que conocí a lo largo de estos años y que dejaron una gran enseñanza en mi y ayudándome a crecer como persona.

Santana Ponce, Hugo Andrés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DEDICATORIA

También quiero dedicar este gran logro a una persona que ya no está conmigo, pero siempre lo llevo en mi mente y en mi corazón y esa persona es mi abuelo, y que donde quiera que este pueda ver que lo logre y también ha sido por él.

Gracias a todas las personas que creyeron en mí, que me dieron aliento para poder continuar en momentos difíciles, que me brindaron un consejo y por todo su apoyo incondicional.

Santana Ponce, Hugo Andrés



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

**PSIC. ESTACIO CAMPOVERDE MARIANA DE LOURDES, MGS.
DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. _____

**PSIC. CL. TORRES TATIANA, MGS.
COORDINADORA DEL ÁREA**

f. _____

**PSIC. CL. CANDO JUAN, MGS.
OPONENTE**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CALIFICACIÓN

Santana Ponce, Hugo Andrés

NOTA: 8.90 / 10

ÍNDICE

ÍNDICE	X
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1	12
CAPÍTULO 2	15
La depresión en el adulto mayor	15
CAPÍTULO 3	30
Aspectos de la angustia de abandono en el adulto mayor institucionalizado que se relacionan con de la depresión	30
<i>El Adulto Mayor</i>	30
<i>El envejecimiento</i>	33
<i>El proceso de envejecimiento</i>	34
<i>Instituciones gerontológicas</i>	38
<i>Institucionalización del adulto mayor</i>	40
CAPÍTULO 4	46
Metodología.....	46
CAPÍTULO 5	49
Presentación y Análisis de Datos	49
<i>Análisis de resultados</i>	58
CONCLUSIONES	65
REFERENCIAS	67
ANEXOS	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Síntomas y consecuencias de la depresión en pacientes mayores	20
Tabla 2. Características del paciente institucionalizado	27
Tabla 3. Datos extraídos de fuente documentada en acompañamiento de la psicóloga con relación al ingreso, edad y tiempo.	50
Tabla 4. Datos extraídos de fuente documentada en acompañamiento de la psicóloga en relación con las visitas	51
Tabla 5. Protocolos de la Escala por adulto mayor residente	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad	58
Gráfico 2. Año de Ingreso	58
Gráfico 3. Persona o institución que realiza el Ingreso	59
Gráfico 4. Edad de ingreso	60
Gráfico 5. Tiempo en la institución	60
Gráfico 6. El adulto mayor estaba orientado en espacio y tiempo al momento de su ingreso	61
Gráfico 7. El adulto mayor estaba de acuerdo con su ingreso si o no	61
Gráfico 8. El adulto mayor recibe visita si o no	62
Gráfico 9. Quien lo visita?	62
Gráfico 10. Cada que tiempo recibe visitas?	63

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo analizar la relación de la depresión con la angustia de abandono en el adulto mayor institucionalizado por medio de un enfoque cualitativo para un posible abordaje en instituciones gerontológicas, se trabajó con estudio de caso que permitió analizar una muestra específica de pacientes o adultos mayores institucionalizados. La muestra con la que se trabajó fue no probabilística, intencional, los casos que se presentan en este estudio fueron elegidos en función a los objetivos planteados. La investigación se realizó en un asilo de la ciudad de Guayaquil donde se trabajó con 34 adultos mayores residentes a quienes se les administró la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, se evaluó de forma consecutiva a los 34 residentes de 65 a 97 años. Así también se obtuvieron datos a partir de una revisión documentada de las fichas que reposan en el departamento de Psicología, mediante tablas se organizó la información recolectada, en la tabla 1 se organizó la información relacionada a la edad, tiempo en la institución y el ingreso al asilo, en la tabla 2 la información recolectada fueron en relación a las visitas y sobre su estado al momento de su ingreso, en la tabla 3 se presentaron los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica el cual nos va a permitir ubicar si los residentes se encuentran en estado de depresión.

Palabras clave: adulto mayor; psicología; abandono; angustia

ABSTRACT

The objective of the study was to analyze the relationship between depression and abandonment anxiety in the institutionalized elderly through a qualitative approach for a possible application in gerontological institutions, we worked with a case study that allowed us to analyze a specific sample of patients or institutionalized older adults. The sample with which we worked was non-probabilistic, intentional, the cases presented in this study were chosen based on the objectives set. The research was carried out in a nursing home in the city of Guayaquil where 34 resident older adults were administered the Yesavage Geriatric Depression Scale, the 34 residents from 65 to 97 years of age were evaluated consecutively. In this way, data was also obtained from a documented review of the records that rest in the Department of Psychology, through tables it was organized.

Key words: adulto alcalde; psicología; abandono; angustia

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se trabajó la problemática que aparece en los adultos mayores y que les genera cierto conflicto en la convivencia con el otro, tanto emocional como cognitivamente. El proceso de envejecimiento crea ciertas complicaciones, a veces graves, porque se manifiesta como un conflicto en el que el adulto mayor es consciente de que está expuesto a pérdidas en el ámbito familiar, social y laboral, lo que le provoca una cierta carga emocional que repercute en su envejecimiento.

Hay que tener en cuenta que el proceso de envejecimiento es un proceso biológico inherente al ser humano, que comienza a evidenciarse en mayor grado, a partir de los 65 años hasta el fallecimiento; durante este periodo se podrá definir al adulto mayor como un sujeto en pérdida, ya que aquellos procesos que conciernen a lo biológico, cognitivo, social y emocional van decayendo con el tiempo.

Diversos centros especializados en la atención y cuidado de las personas mayores se ocupan directamente de los cuidados que necesitan las personas mayores; considerando que su ingreso en los centros asistenciales requiere de una determinada valoración que tenga en cuenta la importancia de los aspectos psicológicos, por lo que estas instituciones cuentan con psicólogos clínicos. papel está relacionado con la prevención de malestares subjetivos que pueden ocurrir en los ancianos.

A partir de las entrevistas que se realizaron a los adultos mayores se pudieron identificar sus malestares subjetivos, y de estos se pudo inferir que uno de los principales en la etapa de envejecimiento está relacionado a la pérdida y a su demanda dirigida al otro; ya que, se debe tener en cuenta que, si bien el adulto mayor es un sujeto de pérdida, a la vez también es un sujeto deseante.

Por medio del espacio de escucha ofrecido durante las entrevistas llevadas a cabo con los adultos mayores, y del análisis de su discurso se ha podido explicar en este trabajo, cómo el abandono que se genera a partir de su

estancia en las instituciones gerontológica les produce angustia ante el sentimiento de no acogida de su demanda de amor por el otro; todo lo cual, incide en su proceso de envejecimiento y se manifiesta subjetivamente.

El enfoque metodológico que se aplicó en la investigación es cualitativo, ya que por medio de este enfoque se pudo analizar e interpretar los malestares subjetivos que el adulto mayor manifiesta una vez que se encuentra tomado por la angustia de abandono, durante la investigación se pudo interpretar y analizar que el adulto mayor institucionalizado presenta un malestar que se relaciona con la pérdida referente a su lado individual y social.

Planteamiento del Problema

La problemática de abandono al adulto mayor se viene dando desde siempre por parte de la familia, pero el abandono no solamente es físico también es psicológico y es allí donde se presentan los problemas muchos más graves pues se enfrentan al deterioro cognitivo y síntomas de depresión, soledad, angustia y tristeza.

El envejecimiento en el adulto mayor puede causar diferentes manifestaciones relacionadas a la convivencia en la institución gerontológica, donde el sujeto va a tener ciertos cambios que pueden afectar su desempeño de sus actividades diarias, en las que se le presentan malestares como aislamiento, baja autoestima, que son originada por el sentimiento de pérdida que experimenta el adulto mayor dentro de la institución, provocando cierta incomodidad en su proceso de envejecimiento.

La problemática que atraviesa el adulto mayor por abandono familiar dentro de las instituciones es considerada como una fenómeno social, ya que la familia pueden tener cierto rechazo por el proceso de envejecimiento que está atravesando, donde la atención que se brinda al adulto mayor se presenta como una problemática intrafamiliar, la cual le producirá una baja calidad de vida y el desencadenamiento de ciertos malestares subjetivos, que se sostendrán en la desatención que le brinda la familia al adulto mayor que convive dentro de la institución .

Los sentimientos de soledad que experimenta el adulto mayor dentro de las instituciones pueden ser desfavorable, ya que puede traer consigo repercusiones negativas que lo afectarán en su proceso de envejecimiento; puesto que, dentro de la institución los sentimientos de abandono pueden llegar a desencadenar en malestares de convivencia con algún otro que sea parte de la institución o que conviva dentro de la misma. Se pueden desencadenar sentimientos de tristeza por parte del adulto mayor, miedo, ansiedad que puede provocar un mal proceso de envejecimiento.

Los daños que se puedan originar en el proceso de envejecimiento del adulto mayor afectan de manera general la integridad física, psicológica y social, lo cual provoca manifestaciones relacionadas a la inestabilidad, miedo, nostalgia, desesperanza y sentimiento de inutilidad, que causan una autocrítica negativa debido a la baja autoestima que manifieste el adulto mayor.

La atención que se brinda dentro de las instituciones gerontológicas donde residen los adultos mayores, tiene como prioridad la atención y cuidado de la integridad del adulto mayor, que se fundamenta en brindar un contexto acogedor donde este pueda tener un proceso de envejecimiento saludable.

El abandono de los adultos mayores es una realidad que viven muchos países incluyendo el Ecuador, las familias no están preparadas para asumir este rol de “cuidador” y por tal motivo no saben cómo sobrellevar este tema, es allí donde se presenta el descuido y poca atención a sus necesidades básicas ocasionando una grave situación de abandono, maltrato físico y psicológico que va afectando este grupo tan vulnerable de nuestra sociedad.

Preguntas de Investigación

Pregunta general

- ¿Cuál es la relación de la depresión con la angustia de abandono en el adulto mayor institucionalizado?

Preguntas específicas

- ¿Cómo se da la depresión en el adulto mayor?
- ¿Qué es la angustia de abandono?
- ¿Qué aspectos de la depresión en el adulto mayor se relaciona con la angustia de abandono?

Objetivos

Objetivos General

- Analizar la relación de la depresión con la angustia de abandono en el adulto mayor institucionalizado por medio de un enfoque cualitativo para un posible abordaje en instituciones gerontológicas

Objetivos Específicos

- Describir la depresión en el adulto mayor por medio de una revisión de fuentes bibliográficas.
- Caracterizar la angustia de abandono por medio de una revisión de fuentes bibliográficas.
- Identificar los aspectos de la angustia de abandono en el adulto mayor que se relaciona con la depresión.

Justificación

El interés de esta investigación parte de mis prácticas preprofesionales que se realizaron en una institución gerontológica, en las cuales pude llegar a diferenciar y reconocer la importancia que tiene el psicólogo clínico al momento de abordar las problemáticas que se pueden generar en el adulto mayor; de tal manera que se llegó a realizar un análisis de los diferentes malestares subjetivos que se presentaban en el adulto mayor, un vez que se encuentra tomado por una angustia de abandono, generada por una demanda de amor direccionada al otro.

La relación que se presenta en esta investigación con los dominios y lineamientos de investigación de la UCSG se da con el dominio cinco, que se refiere a la subjetividad del sujeto.

La subjetividad de la persona se entiende como el proceso de construcción de sentido a lo largo de la vida, que involucran el aprendizaje, la cultura y la comunicación, en tanto su orientación es la producción sistemática y permanente de significados que convierte a los sujetos en únicos e irrepetibles, a partir de su interrelación con el conocimiento, la historia y las formas de organización con que se enfrenta la realidad, así como las interacciones intra e intersubjetivas. (UCSG, p. 34).

Las instituciones gerontológicas cumplen con un rol importante, ya que permiten al adulto mayor llevar un proceso de envejecimiento saludable y activo, donde se trata de relacionarlo con la institución, a tal punto de llegar a que se integre a la convivencia que se da dentro de la institución, para así poder acoger necesidades básicas que se presentan en el adulto mayor.

La institución se presenta como una alternativa en la vida del adulto mayor, “La trascendencia de la reducción de la vida social de los adultos mayores en la sociedad radica en que el aislamiento y la soledad constituyen importantes problemas que afectan al individuo y repercute en su bienestar personal” (Martínez & Canchig, 2021, p. 94).

Los malestares subjetivos que el adulto mayor manifiesta dentro de la institución están ligados directamente de un malestar a otro. Se entiende como malestar subjetivo a las manifestaciones que pueden causar en el adulto mayor un grado de insatisfacción en la convivencia dentro de la institución gerontológica, en la que el adulto mayor experimenta un ambiente de soledad. La soledad influye de forma negativa sobre la salud del adulto mayor en el plano físico, psicológico y social, al presentarse un empobrecimiento de las relaciones sociales con la familia, amigos, desencadena inestabilidad emocional; encontrándose en un estado vulnerable frente a las enfermedades, los órganos de los sentidos, las funciones intelectuales (Chero, 2021, p. 18).

El impacto que presentará la investigación será en el ámbito social, donde se la relaciona con los objetivos que presenta el Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025, específicamente con el que se refiere a garantizar el bienestar de la población de adultos mayores que conviven dentro de las instituciones gerontológicas.

A las personas mayores se las percibe cada vez más como elementos que contribuyen al desarrollo; se considera que sus habilidades para mejorarse a sí mismas y a la sociedad se deberían integrar en las políticas y en los programas a todos los niveles. En las próximas décadas, muchos países estarán sometidos a presiones fiscales y políticas debido a las necesidades de asistencia sanitaria, pensiones y protecciones sociales de este grupo de población en aumento (ONU, 2019)

ANTECEDENTES

Zamora (2021) en su investigación: Abandono y Depresión en el adulto mayor del centro gerontológico CAÍAN Patate, estableció como objetivo general determinar si el abandono es una causa que produzcan como efecto la depresión en los adultos mayores mediante la aplicación de metodología bibliográfica y de campo en combinación de un tipo de investigación descriptiva y explicativa. Se obtuvo como resultado: Los adultos mayores que se encuentran institucionalizados en el centro gerontológico Caían Patate, no mantienen vínculos familiares, ya que desde su ingreso el 80% no mantiene ningún tipo de comunicación con su familia; lo cual causa que el adulto mayor que atraviese esa problemática pueda presentar incomodidad al momento de convivir dentro de la institución. Por lo que se concluyó que se confirma que la depresión tiene relación con el abandono de los adultos mayores del Centro Gerontológico CAIAM Patate. Es importante mencionar que la atención médica es prioritaria en el centro gerontológico, pero al presentar abandono por parte de sus familiares, esto conlleva a ciertas dificultades en la atención ya que solo cuentan con el apoyo del centro de salud y ellos no cuentan con todo el medicamento que necesitan los adultos mayores. (Zamora, 2021, p.65)

El abandono que se puede evidenciar dentro de las instituciones gerontológicas, siempre se van a ligar a una pérdida por parte del adulto mayor, tanto como emocional y cognitivo ya que una vez que presente manifestaciones de abandono el adulto mayor comienza a presentar cambios en su convivencia social y personal, presenta aislamiento social, depresión, baja autoestima, irritabilidad ante la presencia de algún otro.

En otra investigación, realizada por Jiménez en el año 2020, se trabajó sobre el “Abandono familiar del adulto mayor en el hogar San Ramón asistido por la congregación religiosa Hermanitas de los Ancianos Desamparados”, el objetivo de la investigación fue: determinar las Causas/Factores de riesgo y las Consecuencias/Percepciones, del Abandono Familiar, que se encuentran en los ancianos del Hogar San Ramón de la ciudad de La Paz-Bolivia. Una vez evidenciadas las Causas y Consecuencias, se planteó una Propuesta de

Intervención. Los resultados fueron que de las diferentes Causas/Factores de Riesgo del Abandono Familiar de Adultos Mayores, la Disfuncionalidad de las familias de origen, donde se verifican dificultades en la comunicación y en las relaciones interpersonales de sus componentes, es la causa fundamental. Entre las conclusiones se pudo indicar, dado que se verificó con el Trabajo Dirigido que existe abandono, es necesario disminuir la incidencia del Abandono Familiar en el Hogar San Ramón, mediante la formulación de una Propuesta de Intervención. (Jiménez, 2020, p.57)

La familia contextualiza un significativo importante en el adulto mayor que es parte de una institución, donde se debe tener en cuenta que la institución gerontológica no son suplencia en tanto al significativo de familia, las instituciones cumplen el rol de ubicar a adulto mayor dentro de un área de confort saludable para poder llevar su proceso de envejecimiento de manera satisfactoria.

La investigación realizada por Ibarra (2019), trata sobre la Depresión en adultos mayores abandonados en asilos: Hogar de Ancianos Corazón de María, el estudio tuvo como propósito, determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores abandonados en los asilos. Este fue realizado en el Hogar de Ancianos “Corazón de María” con una muestra de 40 adultos mayores residentes del lugar en el año 2019.

La investigación fue fundamentada en la teoría cognitiva de Piaget con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, no experimental. Los instrumentos que se utilizó fue una encuesta sociodemográfica y La escala de depresión geriátrica (GDS) de Yesavage. Los resultados arrojados por el test GDS demostró que existe un 40% con depresión leve de la totalidad de los adultos mayores encuestados y suman 70% entre depresión leve y severa. Sin embargo, el grupo de las mujeres presenta más casos con Depresión de entre leve y severa a diferencia del grupo los hombres, 83.33% y 59.09% respectivamente. Por lo tanto, se concluye que aún existe un alto índice de depresión entre las personas adultas mayores que son internadas y abandonadas en los asilos. (Ibarra, 2019, p.76)

Dentro de la institución los adultos mayores tienen la posibilidad de manifestar depresión o desencadenar malestares ligado a la misma, donde el hecho de estar confinado puede afectar de manera emocional al adulto mayor en la cual manifiestan que su familia lo abandonan dentro de la institución.

Chero (2021) en la investigación que hace referencia al *Abandono familiar y calidad de vida en los integrantes del programa adulto mayor - Hospital de apoyo Tomas Lafora, Guadalupe*, la base de investigación tuvo un diseño explicativo, los métodos utilizados fueron el etnográfico, estadístico, inductivo. Las técnicas aplicadas fueron observación, entrevista estructurada, encuesta, revisión de fuentes documentales, además instrumentos como registro de observación, registro de entrevista, cuestionario, que permitió obtener la información necesaria para la investigación, el universo muestral utilizado estuvo conformado por un total de 70 adultos mayores como unidad de estudio. Los resultados obtenidos concluyen que: la población adulta mayor se encuentra en una situación de abandono familiar, el 57.14% indican que es medio, este abandono se expresa en el escaso apoyo material y moral en donde no se le brinda afecto, cariño, protección, seguridad económica al adulto mayor para asegurar su bienestar, afectando significativamente su calidad de vida el 55.70% indican que es regular, ocasionando un deterioro en su salud física y mental, así también dificultad en sus relaciones sociales e inadecuadas relaciones con su entorno. La investigación permitió proporcionar conocimientos sobre la realidad que vive el adulto mayor y brindar esta información al área de servicio social del Hospital de Apoyo Tomás Lafora para que puedan implementar programas respecto a esta problemática. Todo abandono puede tener su causa y problemática, sin importar la institución gerontológica en la que se encuentre el adulto mayor, ya que el contexto familiar tiene una gran simbología en el significativo amor por parte de adulto mayor, ya que para el adulto mayor el contexto familia es una forma de sentirse integrando dentro de un círculo emocional donde hay demanda por parte del integrante de círculo emocional.

La investigación, Efectos emocionales del abandono familiar en los adultos mayores: Hogar Días Felices, realizada por Espinoza (2018), el objetivo

principal fue analizar los efectos emocionales del abandono familiar en los adultos mayores: Hogar “Días Felices”, a través de la aplicación de dos reactivos y la entrevista psicológicos. El presente estudio se basó en la Corriente Cognitiva de Aaron Beck, enfocada en los procesos internos de los individuos como generadores de trastornos mentales. Desarrollo en dos capítulos: adultez mayor y abandono. El marco metodológico se fundamentó en el paradigma cuantitativo con un diseño de tipo transversal, con método científico y estadístico, junto a técnicas psicométrica, de observación científica y entrevista, en una muestra total de 20 pacientes. Entre los resultados Se identificó que 9 de cada 10 de los investigados presentaron depresión grave; es decir, aparecieron síntomas característicos como: sensación de fracaso, insatisfacción, llanto, irritabilidad, aislamiento, trastornos de sueño, mientras que 6 de cada 10 presentaron ansiedad moderada lo cual implica que los individuos dentro de la población no tienden a manifestar diversos síntomas asociados a esta condición o los perciben en un grado moderado. Se concluye que, si existe una relación entre el abandono familiar del adulto con los efectos emocionales, encontrando mayores porcentajes de depresión grave ansiedad moderada y desesperanza leve.

CAPÍTULO 1

La angustia de abandono

La angustia de abandono es un término utilizado en psicología para describir una intensa y profunda sensación de miedo o ansiedad que una persona experimenta ante la idea o la posibilidad de ser abandonada emocional o físicamente por alguien significativo en su vida, como una pareja, un amigo cercano o un familiar.

Esta angustia suele originarse en experiencias pasadas de separación o abandono, ya sea en la infancia o en relaciones previas, y puede tener un impacto significativo en la vida y las relaciones de una persona. Las personas que sufren de angustia de abandono pueden tener una necesidad intensa de apegarse a los demás y pueden sentirse ansiosas o inseguras cuando no reciben la atención o la validación que necesitan.

Estos sentimientos de angustia pueden manifestarse de diversas formas, como la preocupación constante por ser dejado de lado, el miedo a ser rechazado o la dificultad para confiar en los demás. Las personas que experimentan esta angustia pueden volverse dependientes emocionalmente y pueden hacer esfuerzos excesivos para evitar la separación, lo que puede generar conflictos en sus relaciones y afectar su bienestar emocional.

Es importante señalar que la angustia de abandono es un tema psicológico serio y, en casos extremos, puede requerir la intervención de un profesional de la salud mental para abordar y tratar adecuadamente estas emociones y patrones de comportamiento. La terapia puede ser una herramienta útil para explorar y superar los desafíos asociados con la angustia de abandono y desarrollar relaciones más saludables y seguras.

Según González (2018) “la angustia de abandono se presenta bajo dos formas: apego por ansiedad y apego al abandono” (p.12). En la primera, que es la más típica, hay una fuerte dependencia hacia una persona amada y

cualquier asomo de separación es experimentado con fuertes dosis de ansiedad. En la segunda, ocurre todo lo contrario: la persona se obsesiona con ser independiente y evita cualquier situación que pueda llevarla a lazos afectivos demasiado profundos.

En la vida adulta la angustia de abandono se manifiesta principalmente en el terreno de la pareja. Las personas tienden a repetir los patrones de relación que tuvimos con nuestros padres y es por eso por lo que los temores y expectativas infantiles entran nuevamente en escena

La angustia, según Sigmund Freud, es una emoción compleja que surge de conflictos internos y externos en el individuo. Es una señal de alarma que revela la lucha entre deseos y prohibiciones reprimidas, y puede ser el resultado de mecanismos de defensa disfuncionales. Freud destaca la importancia del desarrollo infantil en la formación de la capacidad para manejar la angustia y la influencia de experiencias tempranas en la vida del individuo.

La obra de Freud sobre la angustia ha dejado un legado profundo en la psicología y ha sido ampliamente estudiada y debatida por otros teóricos y clínicos. A través del psicoanálisis, Freud proporcionó una comprensión más profunda de la angustia humana y abrió el camino para el desarrollo de enfoques terapéuticos destinados a explorar y tratar las causas subyacentes de esta emoción tan poderosa.

Para Freud describe la angustia como un estado psicológico intenso y desagradable, una "señal de alarma" que surge en respuesta a la percepción de peligro o conflicto interno. Freud (1926) en su obra "Inhibición, síntoma y angustia," explora la estrecha relación entre la angustia y la libido, afirmando que la angustia surge cuando la libido se ve amenazada por fuerzas opuestas en el individuo.

Así mismo sostiene que la angustia no siempre está vinculada a eventos externos, sino que puede surgir como resultado de conflictos no

resueltos en el inconsciente, es una manifestación de la lucha entre deseos y prohibiciones reprimidas, que emergen a la conciencia en forma de. Esta idea se relaciona directamente con su teoría de que muchas veces, las causas de la angustia son desconocidas para el individuo y están arraigadas en el pasado.

Es así como analiza el papel de la angustia en la formación de síntomas neuróticos e inhibiciones en el individuo. Freud describe cómo los síntomas neuróticos pueden ser una manifestación de conflictos inconscientes y cómo las inhibiciones pueden estar asociadas con la represión de deseos y emociones.

Para Lacan la angustia es más que una simple emoción, es un afecto fundamental que surge de la confrontación con la falta y lo Real. Representa la presencia de lo inasimilable y está vinculada con el deseo y la imposibilidad de alcanzar el objeto a. El objeto a es el objeto de deseo inalcanzable y perdido que constituye el núcleo de la constitución subjetiva en el sujeto. Lacan en el Seminario VI refiere que la angustia surge cuando el sujeto se enfrenta a la imposibilidad de obtener este objeto a, que permanece inasible y evasivo. La angustia, en este sentido, está conectada con la imposibilidad de alcanzar la satisfacción plena del deseo.

Lacan en el Seminario X refiere que la angustia surge de la confrontación con la falta y la castración, la conciencia del vacío y la vulnerabilidad inherente a la condición humana y que está estrechamente ligado al deseo y al lenguaje. Es así como vincula la angustia con el concepto de lo Real es decir a lo que escapa a la simbolización y a la representación lingüística. La angustia es una respuesta a la irrupción de lo Real en la experiencia subjetiva, una manifestación de lo que no puede ser simbolizado o comprendido plenamente, lo no mediatizado y lo inasimilable.

CAPÍTULO 2

La depresión en el adulto mayor

La depresión en el adulto mayor responde a una realidad que tiene que ver con causas o factores sociales. Laforest (2017) define tres crisis asociadas a la depresión:

- La crisis de identidad donde se viven un conjunto de pérdidas que pueden deteriorar la propia autoestima.
- La crisis de autonomía, dada por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse en las actividades de la vida diaria (AVD).
- La crisis de pertenencia, experimentada por la pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional y las capacidades físicas y de otra índole que afectan en la vida social.

Así también expresa que En la vejez se viven experiencias que tienen consecuencias emocionales:

a) El Síndrome del nido vacío

El primer acontecimiento importante al que se suelen enfrentar las personas mayores es el abandono del hogar por parte de los hijos para iniciar una vida independiente. Los padres esperan que estos les presten la ayuda necesaria cuando sufran algún proceso de dependencia o enfermedad, y el incumplimiento de este deber puede deteriorar las relaciones paternofiliales y originar sentimientos de indefensión y soledad.

b) Unas relaciones familiares pobres

La escasez de relación con los hijos percibida por los ancianos, tanto en cantidad como sobre todo en intensidad y calidad de afecto, representa un importante motivo de frustración en esta etapa.

c) La muerte del cónyuge

La viudedad suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas. El anciano se encuentra de pronto sin la compañía y la afectividad que tenía con su pareja, dando pie a

problemas personales de adaptación a la viudedad de tipo no únicamente emocional, sino también material y relativos a la gestión del tiempo de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social. Ussel (2017) opina que cuanto más unida esté la pareja, mayor será el impacto emocional de la muerte de uno de ellos sin que la presencia de otras personas alivie los sentimientos de soledad y tristeza. El modo como las personas viven el acompañamiento de la pareja al final de sus días es una variable importante para la elaboración posterior del duelo y de la soledad.

d) La salida del mercado laboral

El otro suceso importante en la vida de las personas mayores es la salida del mercado laboral. Tras la jubilación, las personas disponen de tiempo libre que, muchas veces, no saben en qué ocupar. La pérdida de poder adquisitivo también restringe las posibilidades de disfrutar de estos momentos de ocio, así como el deterioro de las relaciones sociales, pudiendo aparecer aislamiento social.

e) La falta de actividades placenteras

La realización de actividades lúdicas puede ser la respuesta al vacío que puede dejar el aumento de tiempo libre provocado, por ejemplo, por la jubilación. Llegada la vejez, se pueden realizar diferentes actividades lúdicas que antes no se podían realizar. Uno de los estudios realizado por Ibarra (2019) afirma que las actividades que más se realizan son salir a pasear por el parque, leer, ir a bares y cafeterías o acudir a algún club de jubilados; actividades que pueden facilitar la interacción y participación en la vida social

La depresión y su impacto en la salud pública

“El impacto de los factores psicosociales en la población adolescente y en los adultos jóvenes pueden exacerbar la intensidad de la enfermedad y aumentar exponencialmente las ideaciones suicidas, los intentos suicidas e incluso lograr el cometido con éxito” (Tulio, 2021, pág. 10).

En un estudio de Acosta (2007) se relacionaron los cambios en ansiedad por alrededor de tres meses en 47 individuos con diabetes mellitus

tipo 2, quienes estaban bajo monitoreo en la detección de isquemia por diabetes asintomática. El no discutir los resultados con los familiares se asoció a un incremento en la ansiedad depresiva, en tanto que los niveles más bajos de competencia para afrontar la enfermedad se asociaron a un incremento en la ansiedad somática.

Depresión en la tercera edad

De acuerdo con Orosco (2015) la depresión es considerada uno de los trastornos de mayor complejidad en la población gerontológica, ya que puede tener efectos potencialmente nocivos en la salud de una persona mayor, a ello contribuyen una serie de factores, entre los que destacan las enfermedades somáticas, la disminución de las funciones cognitivas y, al mismo tiempo, suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la última etapa de la vida.

La depresión puede ser mal diagnosticada en los ancianos debido a que los médicos atribuyen sus síntomas a enfermedades físicas o a que los consideran una parte normal del proceso de envejecimiento.

Por lo tanto, el Ministerio de salud Pública (MSP, 2019) define al adulto mayor como aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción persona (Almeida, 2013). El adulto mayor institucionalizado es aquel que se encuentra dentro de una casa hogar, residencia, institución con todas las necesidades básicas cubiertas las 24 horas del día.

Como indica Calderón y Obando (2023) la depresión en adultos mayores es una condición común asociada con comorbilidad, sobreutilización de recursos de atención médica, suicidio y muerte, a menudo es infradiagnosticado; la depresión en personas mayores de 60 años se denomina depresión en la vejez.

En algunas personas mayores, la depresión sin diagnosticarse o puede diagnosticarse erróneamente porque la tristeza no es su síntoma principal, tal vez tengan otros síntomas de depresión menos obvios o no

quieran hablar de sus sentimientos. Según Calderón (2023) hay varios tipos de depresión. Los más comunes incluyen los siguientes:

- **Depresión grave o mayor:** Los síntomas graves pueden afectar su capacidad para trabajar, dormir, concentrarse, comer y disfrutar la vida, algunas personas pueden tener solo un episodio en su vida, pero los episodios múltiples son más comunes.
- **Trastorno depresivo persistente (distimia):** síntomas de depresión no tan fuertes como los de la depresión grave, pero que duran por mucho tiempo (por lo menos dos años).

Ansiedad y depresión en adultos mayores

La depresión es el desorden psicológico más importante entre los ancianos; sin embargo, se requiere de mayor investigación sobre los factores psicosociales relacionados con ambas condiciones, la que debe orientarse paulatinamente hacia los esquemas de interacción entre los factores predisponentes o precipitantes y las variables moduladoras, tales como el locus de control, la autoestima, las expectativas de autoeficacia y el apoyo social (Acosta & García, 2007).

Así mismo, la depresión también se relaciona con las enfermedades crónicas incapacitantes y algunas lesiones, que son más frecuentes en los adultos mayores, pues este grupo utiliza cuatro veces más los servicios de salud que el resto de la población.

Manifestaciones clínicas de un adulto mayor en depresión

El adulto mayor en depresión presenta cambios en su estilo de vida diaria, Almeida (2013) indica que es importante tomar en cuenta los cambios desde lo más básico hasta más complejos que nos ayuden a su determinación desde su aparición, tales como:

- Sentimiento de tristeza, ansiedad, desesperanza o vacío principalmente producido por el fallecimiento de algún familiar o de la pareja.

- Pérdida de interés en las actividades que anteriormente disfrutaba como actividades físicas, reuniones familiares o actividades personales tales como lectura, bordados, escritura, etc.
- Problemas con el sueño tales como dormir mucho, dificultad para conciliar el sueño, no dormir lo necesario o despertar muy temprano en la mañana que comienza a afectar su estado psicológico, físico y social por los trastornos de sueño que presenta en paciente deprimido.
- Cambio de apetito como pérdida que puede desencadenar bulimia o anorexia nerviosa o aumento de peso dando como resultado obesidad y sobrepeso que a la larga llevarán a otros problemas como hipertensión y diabetes.
- Sensación de irritabilidad, frustración o desasosiego que puede producir malas relaciones interpersonales por los cambios de humor bruscos.
- Disminución de energía o cansancio después de actividades normales, esto está relacionado con los trastornos de sueño y de apetito que comienza a presentar el paciente con depresión.
- Dificultades de concentración, falta de memoria, dificultad para tomar decisiones o procesos mentales lentos; los cambios psicológicos normales que se producen en el adulto mayor se modifican por la presencia de patologías y mucho más cuando estas son psicológicas como la ansiedad, depresión y la demencia senil.
- Excesivos sentimientos de culpabilidad, sensación de inutilidad o desamparo, fortalecidos principalmente por problemas económicos producidos por la jubilación y la dependencia económica.
- Disminución de interés de relacionarse con otras personas.
- Llanto frecuente sin razones aparentes.
- Pensamientos repetitivos sobre la muerte o acerca de morir.
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio.

Síntomas de una persona con depresión

Los autores Muñoz y Guapizaca (2022) proponen que para que un individuo sea diagnosticado con depresión debe presentar al menos cinco de los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día
- Incremento o pérdida representativa de peso o apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Perturbación psicomotora detectada por un informante externo
- Fatiga o menor energía
- Sensación de incapacidad o culpa desmesurada
- Dificultad para concentrarse
- Ideas constantes de muerte, intento o planeación de suicidio

La intensidad de los síntomas depresivos puede ser leve o grave, dificultando el cumplimiento de las labores diarias y la aptitud para afrontar los problemas.

Síntomas y consecuencias de la depresión en pacientes mayores

De acuerdo con González (2018) Una vez establecida la enfermedad depresiva en el adulto mayor institucionalizado, puede tener graves consecuencias sobre su estado de salud tal y como se puede observar en la siguiente tabla (Tabla 1):

Tabla 1. Síntomas y consecuencias de la depresión en pacientes mayores

Síntomas depresivos	Consecuencias de depresión
Ansiedad	Aumento de servicios sanitarios
Insomnio	Aumento de enfermedades crónicas
Apatía	Deterioro cognitivo y funcional
Tristeza	Discapacidad
Anorexia	Soledad
Agitación	Disminución de la calidad de vida
Anergia	Aumento del riesgo de suicidio
Anhedonia	Mayor mortabilidad

Abulia	Mayor mortabilidad
--------	--------------------

Fuente: (González, 2018)

Por ello la importancia de realizar este trabajo sobre la prevalencia de depresión en personas mayores institucionalizadas, debido al progresivo envejecimiento que está sufriendo la población durante los últimos años, resulta relevante poder determinar con exactitud cuál es la prevalencia de depresión en este grupo poblacional que va en aumento, y, que además de ello, tiene un alto riesgo de sufrir depresión con las graves consecuencias que ello conlleva sobre su vida (González, 2018).

Factores de riesgo

En la depresión del adulto mayor influyen varios factores, tanto genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales, varios factores anatómicos tratan de explicar la depresión, entre ellos el tamaño diferente de hipocampo, para hipocampo, amígdala y corteza prefrontal.

Como indica Calderón et al. (2018) presentan los factores de riesgo más importantes que son los siguientes:

a. Demográficos

La gran mayoría de estudios reporta que la proporción de depresión es más alta en mujeres que en hombres, las viudas, ancianos aislados, pobres, institucionalizados y sometidos a estrés presentan depresión más frecuentemente.

b. Biológicos

Varias enfermedades han sido relacionadas con la depresión en el adulto mayor, quienes, por características propias, tienen mayor comorbilidad.

c. Sociales

El aislamiento es un factor importante asociado con la depresión en el adulto mayor ya que puede por sí mismo provocar depresión o agravarla, la depresión es más frecuente en situación de riesgo social y con baja condición socio económica.

d. Económicos

Es evidente que la situación económica influye en el estado de ánimo de las personas, es más probable que la persona con bajos ingresos económicos se encuentre triste, esto se aplica a todas las edades.

Factores que están asociados con la depresión en los adultos mayores

Los trastornos mentales forman parte de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en los adultos mayores en todo el mundo, siendo la depresión la más común de ellas. Sin embargo, a menudo no se diagnostican ni se tratan adecuadamente, lo cual da como resultado una pérdida importante de capacidad funcional de la persona y esta se convierte en una mayor carga para sus familiares, cuidadores y los servicios de salud (Borda, Anaya, & Pertuz, 2014).

Según datos de la OMS, el 25 % de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión. Afecta de 15 a 35 % de los ancianos que viven en hogares geriátricos, del 10 al 25% de los que están hospitalizados y al 40 % de los que tienen un problema somático (OMS, 2014).

Los autores Bordar et al. (2014) menciona que varios factores de riesgo están asociados con la depresión en los ancianos, entre ellos: la mayor edad, el sexo femenino, los bajos ingresos, las enfermedades físicas, el deterioro cognitivo, la falta de apoyo social y los episodios previos de depresión. Además, la depresión en las personas mayores es más probable que esté asociada con otros trastornos psiquiátricos y físicos (pág. 8).

Por su parte, Cardenas (2020) la depresión es un trastorno mental caracterizado por un estado de abatimiento, con sentimiento de tristeza, causante de alteraciones del comportamiento, el grado de actividad y el pensamiento y, en casos extremos, del suicidio (pág. 78).

Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años

Existen varios supuestos fisiopatológicos que intentan explicar la asociación de depresión con el déficit cognitivo, entre las más destacadas se

encuentran alteraciones en la microglía, inflamación cerebral, decrecimiento nervioso y el papel del estrés oxidativo (Muñoz & Guapizaca, 2022).

Además, se considera que la ubicación cerebral de las facultades cognitivas y su sustento neuroanatómico implicado en la memoria y atención, se ven alteradas con el paso del tiempo, especialmente las estructuras del córtex prefrontal, temporal, el hipocampo y sistema límbico.

Relación entre deterioro cognitivo y depresión

Los síntomas depresivos interfieren en el correcto procesamiento cognitivo y a la vez la demencia es un factor de riesgo para que se presenten síntomas depresivos, es decir, estos dos factores mantienen una correlación bastante marcada.

Existen varios supuestos fisiopatológicos que intentan explicar la asociación de depresión con el déficit cognitivo, entre las más destacadas se encuentran alteraciones en la microglía, inflamación cerebral, decrecimiento nervioso y el papel del estrés oxidativo. Además, se considera que la ubicación cerebral de las facultades cognitivas y su sustento neuroanatómico implicado en la memoria y atención, se ven alteradas con el paso del tiempo, especialmente las estructuras del córtex prefrontal, temporal, el hipocampo y sistema límbico. Estas mismas zonas son además indispensables en el procesamiento emocional, es así que se espera que estas funciones pudieran verse comprometidas en los trastornos afectivos (Sampath et al., 2017).

En Panamá, estudió pacientes ambulatorios, encontrando que el 18.1% de la muestra manifestaba únicamente depresión, 21.4% solo DCL y el 11.2% exhibían ambas patologías. Constató además que las alteraciones cognitivas y la depresión son más frecuentes en el género femenino y en la senectud, de igual forma en sujetos con presencia de otras comorbilidades médicas (Villarreal, 2016).

Prevención

A nivel global se ha planteado que el tratamiento más adecuado para la depresión es aquel que combina el uso de fármacos antidepresivos con

psicoterapia cognitivo conductual o interpersonal, por lo cual, e ha encontrado evidencia de la existencia de intervenciones que promueven la salud mental y poseen un impacto en la prevención de la aparición de trastornos mentales (Tulio, 2021).

Prácticas para prevenir la depresión en adultos mayores

Algunas de las prácticas que ayudan a prevenir la depresión son: Contar con redes sociales activas, mantener un vínculo activo con la familia, esta como sistema y red de apoyo social informal cumple con dos funciones básicas que son asegurar la supervivencia, el bienestar físico, la suficiencia de alimento y vestido y proporcionar los vínculos afectivos, no solo en la enfermedad, sino también en su rehabilitación (Tulio, 2021, pág. 7).

La actividad física tiene efectos favorables sobre la disminución del riesgo de padecer de depresión. Evitar el aislamiento social es un pilar fundamental para evitar el declive físico y mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en el año 2020 fue el mayor problema de salud en el mundo, por encima de todos los padecimientos de este grupo de edad.

El envejecimiento demográfico es un grave problema a nivel mundial debido a que implica una mayor demanda de servicios de salud, pues este grupo de edad presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad (Castro, Ramirez, & Aquilar, 2014, pág. 11). Los adultos mayores por su vulnerabilidad presentan cuatro discapacidades predominantes: la motriz, visual, auditiva y mental, por ende, de las discapacidades mencionadas, la mental está llamando la atención de todos los sectores.

Atención integral al adulto mayor

En el Ecuador, la Constitución de la República permite la clasificación preferencial de los adultos mayores y prevé una atención priorizada y especial en los sectores público y privado, el Ministerio de Salud Pública cuenta con documentos normativos que orientan la actuación de los profesionales de la salud de acuerdo con las normas de la Carta Magna para garantizar el acceso

a la atención integral de salud de las personas mayores (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Calidad de vida del adulto mayor

El envejecimiento es el proceso normal que experimentan los humanos en la etapa de la vida, y la calidad de vida es una forma de satisfacer sus necesidades hasta que se complete como un ser humano completamente capaz y disminuya gradualmente en competencia y función, la calidad de vida depende de las condiciones de desarrollo del proceso de vida y también está relacionada con la situación económica a nivel social (Calderón & Obando, 2023).

Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados

Fernández-Ballesteros (2004) expresan que la vejez es un periodo crítico de la vida, que conlleva una serie de situaciones conflictivas, como la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos, las enfermedades crónicas, la proximidad de la muerte, entre otras, y a todo ello se le suman otros eventos negativos que ocurren casi inevitablemente. Estas circunstancias críticas producirán en los adultos mayores reacciones afectivas negativas, como la depresión

Orosco (2015) señala que “muchos adultos mayores llegan a la edad de la jubilación y se sienten todavía en plenitud para realizar sus trabajos, aunque ven disminuidas sus potencialidades físicas al llegar a la vejez, sienten, sin embargo, que su mente sigue lúcida, y sus ganas de hacer las cosas permanecen inalteradas (pág. 92).

En otras palabras, una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, perteneciente a algo y a alguien, sentimientos en los que se basa la autoestima.

La autoestima, comenta Orosco (2015) que consiste en las actitudes del individuo hacia sí mismo, cuando estas son positivas hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima, al nombrar la palabra actitudes ya hemos

incluido el mundo de los afectos y sentimientos y no solo el de los conocimientos, pues los componentes de la actitud encierran gran variedad de elementos psíquicos.

Depresión en el adulto mayor institucionalizado, vinculado con las relaciones sociofamiliares

Los adultos mayores que poseen escasa red de apoyo familiar y social, y son institucionalizados, tienden a presentar más síntomas depresivos que quienes cuentan con una adecuada red de apoyo.

De acuerdo con Grano (2020) indica que “Al institucionalizarse el adulto mayor debe dejar el ambiente familiar para internarse en una institución en la cual el entorno es mucho más regulado, formalizado e impersonal, la reducción del tamaño de la familia, la falta de recursos y soluciones comunitarias generan el aumento de la internación geriátrica” (pág. 47).

Prevalencia de depresión en el adulto mayor institucionalizado

Esta alta prevalencia de depresión que existe en los pacientes mayores institucionalizados se puede explicar debido a diversos motivos que surgen tras su ingreso en la residencia: en primer lugar, surge un sentimiento de desarraigo al tener que abandonar su red socio-familiar habitual; dificultades económicas para poder costearse la residencia (González, 2018, pág. 12).

Características del paciente institucionalizado en depresión

El autor González (2018) menciona que entre las características del paciente institucionalizado destacan (tabla 2): dependencia para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria; tener una edad avanzada; persona mayor frágil; viven solas; con enfermedades crónicas que requieran de una asistencia sanitaria continua; con deterioro de la capacidad física o mental; o con falta de recursos socioeconómicos para poder cubrir sus necesidades básicas.

Por todo ello, este tipo de personas no pueden vivir solas en su domicilio habitual, debido a que requieren de una ayuda especializada a diario, la cual es proporcionada por las residencias geriátricas.

Tabla 2. Características del paciente institucionalizado

Dependencia para ABVD.
Edad avanzada.
Persona mayor frágil.
Viven solas.
Presencia de enfermedades crónicas.
Deterioro cognitivo o funcional.
Déficit de recursos socio-económicos.
Requieren ayuda especializada

Fuente: González (2018).

Por lo tanto, se puede deducir que el perfil del paciente institucionalizado es el de una persona mayor, generalmente del sexo femenino (debido a que tienen una mayor esperanza de vida), nivel educativo básico, soltera, jubilada, dependiente, y con problemas de salud.

Características negativas dentro del proceso de institucionalización

De forma adicional, se conoce que dentro de este proceso de institucionalización surgen algunas características negativas de las organizaciones de internación como son.

- El cambio de contexto para el adulto mayor, dejando de obtener reconocimiento por parte de los vecinos, familiares y amigos.
- El sentimiento de carga e inutilidad.
- El desarraigo, generando expectativas básicas que no son colmadas.
- El aislamiento con el medio.
- El maltrato.
- Entre otras.

Los autores Espinoza y Díaz (2020) señalan que “Las investigaciones sobre el envejecimiento, en cuanto a lo psicológico, se han basado más en evaluar los aspectos cognitivos y sus alteraciones patológicas, como la aparición de deterioro cognitivo, siendo de interés en la última década, y detectar tipologías clínicas de riesgo que pudieran tener correspondencia con el desarrollo ulterior de una demencia”.

De este modo, se reporta la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, entre otras alteraciones psíquicas, y se carece de estudios desde las vivencias de aquellos que la padecen y necesitan ser intervenidos en cuanto a lo psicológico se refiere (pág.13).

Factores que aumentan el riesgo de padecer depresión en pacientes institucionalizados

Además de estos factores asociados a la institucionalización que favorecen el desarrollo de un estado depresivo, se ha demostrado otro tipo de factores propios de la persona que aumentan el riesgo de sufrir depresión, como son, por ejemplo: tener un bajo nivel de estudios; que sean del sexo femenino; o que tengan deterioro cognitivo-funcional.

Según González (2018) estos factores son:

- Sentimiento de abandono
- Dificultad económica
- Cambio de su estilo de vida
- Pérdida de libertad y de capacidad de elección
- Aumento de enfermedades crónicas
- Mala autopercepción de salud
- Ansiedad
- Falta de actividades
- Falta de apoyo social
- Problemas de sueño
- Disminución del bienestar y calidad de vida
- Pérdida de autoestima
- Disminución de satisfacción vital
- Aumento del consumo de medicamentos
- Mayor dependencia
- Conducta pasiva
- Pérdida de privacidad
- Necesidades básicas insatisfechas
- Actitud negativa de los trabajadores

- Nivel de estudios bajo
- Sexo femenino
- Deterioro cognitivo-funcional

Por ello la importancia de realizar este trabajo sobre la prevalencia de depresión en personas mayores institucionalizadas, debido al progresivo envejecimiento que está sufriendo la población a nivel de Latinoamérica durante los últimos años (pág. 33).

Prevalencia de depresión en adultos mayores adscritos a un programa de atención social a la salud

Algunas características especiales de la depresión en el adulto mayor son acentuación patológica de rasgos premórbidos, escasa expresividad de la tristeza, tendencia a retraimiento y aislamiento, dificultad para reconocer síntomas depresivos, deterioro cognitivo, expresión en forma de quejas somáticas, trastornos de conducta como irritabilidad, así como presencia de comorbilidades, pluripatología (padecer múltiples enfermedades) y polifarmacia (uso de cinco o más medicamentos (Tovero & Blanco, 2022, pág. 13).

Para definir qué población de adultos mayores tiene depresión se usan las escalas de depresión en el anciano, las cuales valoran sintomatología depresiva, una de las más utilizadas es la Geriatric Depression Scale (gds) de Yesavage. La depresión es el problema de salud mental más común en adultos mayores, globalmente la depresión es mayor en las mujeres que en los hombres.

Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados

Según Estrada (2013) indica que

“Los adultos mayores concentran el grupo con más limitaciones funcionales que afectan su independencia en el diario vivir, por lo que requieren una valoración geriátrica integral y asistencia especial”.

Además, se incrementa el número de individuos con trastornos mentales, cognitivos y del comportamiento, lo que hace más difícil su cuidado a largo plazo (p. 14).

Por lo cual, existen entidades que han llevado un proceso de institucionalización del anciano que ha tenido como una de sus principales finalidades resolver los problemas derivados de los escasos o nulos recursos económicos, de la falta de apoyo, del abandono, de la marginación social, etc., en el que se encuentra el adulto mayor.

CAPÍTULO 3

Aspectos de la angustia de abandono en el adulto mayor institucionalizado que se relacionan con de la depresión

El Adulto Mayor

Dentro de este capítulo se aborda la definición del adulto mayor, para poder aclarar de cierta forma el término, ya que es una de las variables principales de este estudio. Como menciona Quintanar (2010) las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobre pasan los 90 años se los denomina grande, viejos o longevos.

Muchas veces sin poder entender o definir realmente que significa la palabra adulto mayor. Mucha gente y jóvenes en su gran mayoría, podrá relacionar la pregunta inmediatamente y en su cabeza podrán viajar conceptos como: persona envejecida, hombre o mujer, viejo, vieja, senil, abuelo, abuela, anciano, anciana, veterano, maduro, achacoso, longevo, centenario, añoso, anticuado, antiguo, lejano, tradicional, entre muchos otros, “estos representan conceptos que cada persona de acuerdo con sus preferencias, cultura, educación y convicciones aprenden a expresarlo” (Palermo, 2019. p.67).

La gran mayoría de las veces muy desafortunados con poco conocimiento sobre el concepto que representa mucho más. Muy pocas veces dan relación a un término oficial o de acuerdo con lo que consideremos social y familiarmente correcto sin ser despectivo.

Cuando se habla de adulto mayor debe tenerse en cuenta su calidad de vida, debido que se considera que estas se encuentran ligadas “Si la alimentación es deficiente, el entorno es contaminado y el estrés del día a día es latente para poder subsistir, es de esperarse que la persona envejezca mucho más rápido” (Sánchez, 2019, p.34).

Muchos consideran a esta etapa como vejez o la denominan tercera edad a partir de los 60 y otros a partir de los 65 años, no obstante, el considerar una persona anciana dependería mucho de la cultura donde viva, ya que es un término bastante subjetivo. Y es por ello por lo que existirían un sin número de definiciones y descripciones que definan con claridad a la vejez. De igual forma nos indica Ramos et al. (2009) que a pesar de las múltiples definiciones y descripciones que pueda haber, se debe considerar opiniones de los mismos ancianos.

En el mismo sentido Salgado (2019) señala:

El concepto del adulto mayor existen ciertas afecciones comunes en la edad avanzada tales como artritis, diabetes, hipertensión y condiciones cardiacas que se asocian a la vejez y se aceptan como resultado natural de estas. Sin embargo, son el producto de malos hábitos nutricionales y de salud desarrollados en edades tempranas y no son un efecto de la vejez el envejecimiento ocurre de día a día y no porque se llega a una edad particular. (p.56)

Abordar el tema del envejecimiento y de la vejez supone reconocer que estamos frente a una realidad compleja en la que interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales. La vejez entendida como un período de la vida y como parte del proceso mismo de envejecimiento, ocurre en un individuo particular y único, por lo cual la modalidad de envejecimiento no se

puede generalizar a partir de los cambios que ocurren solo a nivel físico, pues cada persona interpreta estos cambios de acuerdo a sus esquemas mentales, su estructura de personalidad, creencias, valores, los procesos de socialización a los que ha sido expuesto y al lugar que ocupa dentro de un contexto social y ecológico particular.

Según la Organización Mundial de la Salud (2018) los individuos entre los 60 a 74 años son considerados 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. Debido al incremento potencial de la esperanza de vida y la disminución de la tasa a nivel de fecundidad, la cantidad de personas mayores a 60 años está aumentando de manera veloz en comparación a otros grupos de edad en la mayor parte de países.

“Los factores psicológicos y conductuales acarrear un sin fin de transacciones a lo largo de todo el ciclo vital entre un organismo biológico y el contexto -histórico” (Suarez, 2017). Del mismo modo cabe recalcar que entre las características psicológicas del adulto mayor encontramos las capacidades intelectuales y los rasgos de temperamento y carácter.

Por su parte afirma Cinta (2016) “la personalidad en conjunto que parece no verse alterada durante la vejez, excepto en casos en que se presentan patologías, por tanto, la aparición de la modificación de conductas son respuesta al miedo a experimentar nuevas situaciones y también a su entorno social” (p.89). En los adultos mayores el déficit de las funciones mentales superiores se encuentra entre los más temidos ya que se los relaciona con la pérdida de autonomía, al igual que las vivencias de incapacidad física.

Así mismo existen condiciones que pueden provocar situaciones de desamparo, depresión, algunos síntomas que presenta la población de edad avanzada son la ansiedad, su imagen en el espejo se ve disminuida, baja su

nivel de autoestima y se relacionan con los cambios corporales y con un estereotipo de dependencia que influyen de forma negativa en su imagen.

Al adulto mayor se le asocia con una etapa productiva terminada, por historias de vida y anécdotas por ser contadas, leyendas o conocimientos punto seguido este proceso siempre estará en actualización y asociados a reflexiones sobre las propias creencias para explicarles a otros.

Así se debe liberar al adulto mayor de esa imagen de hoy incapacidad coma de soledad, contribuyendo a consolidar su rol social, hoy redescubrir sus capacidades y habilidades enriqueciendo su autoestima al ser protagonista activo dentro del grupo.

Únicamente el pensar en que la población de edad mayor está en crecimiento, sino que se necesita espacios y actividades para que se desenvuelva. Morales (2018) señaló también que “cada vez habrá más personas ancianas que no reciban atención institucional por lo que no será fácil ayudarlos y sacarlos adelante, así mismo no se podrá atender oportunamente este problema” (p.23).

El envejecimiento

El envejecimiento biológico es un proceso que comienza cuando hemos llegado a la culminación de nuestras capacidades físicas, disminuye el rendimiento y aparece una pérdida de adaptación de los órganos. “En el aparato locomotor se producen alteraciones degenerativas; la capacidad funcional de las articulaciones sufre un gran deterioro, el músculo pierde elasticidad, minerales y agua” (Pereira, 2018, p. 25). El sistema nervioso se altera y disminuye la capacidad de coordinación y concentración; en el sistema cardiovascular los capilares se obstruyen, la cavidad torácica se reduce de manera que la capacidad respiratoria disminuye, por si fuera poco, se experimentan una serie de desajustes psicológicos producto de una sociedad que margina, desatiende y olvida a sus adultos mayores. Actualmente se encuentran numerosas definiciones del envejecimiento, esto debido a la diversidad de las percepciones de algunas disciplinas.

“El proceso de envejecimiento incluye la percepción por parte del mismo individuo y la sociedad que le rodea de los cambios físicos que tienen lugar en él y los cambios psicológicos, que a su vez determinan el desenvolvimiento de las personas en nuestra sociedad y las relaciones con otros individuos de distintos grupos etarios” (González, 2019, p.34).

El aumento de la longevidad se acompaña de un incremento en la prevalencia de morbilidad, sobre todo por enfermedades crónicas y por discapacidades. La mayor prevalencia de incapacidad como consecuencia de la enfermedad y la necesidad de mayor tiempo de recuperación del estado de salud basal justifica la necesidad de cuidados preventivos, progresivos y continuados.

Los investigadores Ramos y Miranda (2016), mencionan que “La OMS define el envejecimiento activo como el proceso en el que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. El envejecimiento activo permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de toda su vida y que participen en la sociedad”. El termino activo hace referencia, no solo a la capacidad de estar bien físicamente si no de una participación continua en el contexto social, cultural, económico y religioso

El proceso de envejecimiento

El proceso de envejecimiento es un proceso en el cual el adulto mayor tiene cambios fisiológicos naturales que se presentan a lo largo de la vida, y que concluyen una vez que el sujeto ha fallecido. Durante este proceso se llegan a producir un sin número de cambios fisiológicos que de alguna manera limitan la adaptabilidad del adulto mayor con respecto al medio en el cual conviva o vaya a residir.

El ritmo de estos cambios se produce en los distintos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos en forma desigual. El punto de corte para definir el envejecimiento, a los efectos estadísticos, es la edad de 60 años, pero para los efectos biológicos, este punto lo marca la declinación de las actividades somáticas y mentales. A este respecto la OMS utiliza categorías que empiezan a la edad de 65 años (Landinez Parra, 2012, p. 565).

A lo largo de este proceso se presentan ciertas características en el individuo de un lado tenemos de lado universal donde se presentaran cambios al contexto de convivencia del adulto mayor el cual se origina de manera propia en todo los seres humanos , también encontraremos durante este proceso el lado progresivo, que sería que al transcurrir la vida se va generando un cambio en el organismo del individuo, causando problemáticas en el proceso de envejecimiento, que es considerado irreversible, ya que este proceso no puede detenerse ni revertirse. Todas estas características están ligadas al cambio físico y orgánico que puede tener el adulto mayor, una vez que se encuentra dentro del proceso de envejecimiento.

El envejecimiento produce alteraciones sistémicas cuando la mayoría de los órganos y tejidos van disminuyendo su actividad. Estas modificaciones comprenden la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la pérdida de células nerviosas, el endurecimiento de los vasos sanguíneos y la disminución general del tono corporal.

Diversas causas se han asociado a este deterioro, entre ellas, las de índole genético, los cambios en la actividad metabólica celular o en los procesos bioquímicos, las alteraciones hormonales y las condiciones ambientales. Varias de ellas son alteraciones que ocurren en los distintos aparatos y sistemas como resultado del proceso de envejecimiento (Landinez, 2012, p. 565)

El proceso cognitivo también tiene su cambios que llegan a influir en el envejecimiento, ya que cuando el adulto mayor lograr llevar su proceso de manera saludable, muchas de sus funciones se mantendrán de manera

saludable, la problemática que se puede presentar en el proceso de envejecimiento se presentará de manera que irá disminuyendo sus capacidades cognitivas lo cual ocasionará un deterioro cognitivo en el adulto mayor acelerado causando problemática en su funcionamiento personal y social .

El deterioro cognitivo puede llegar a desencadenar una demencia donde se verán afectadas las funciones mentales que el adulto mayor llevaba a cabo día a día, presentando problemas de memoria, habilidades de lenguaje, soluciones para resolver problemas y la habilidades de enfocarse y prestar atención.

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas, entre otras. Esta función cambia con la edad.

Actualmente, un trastorno caracterizado por un deterioro cognitivo adquirido de suficiente gravedad como para afectar al funcionamiento social y profesional se entiende como demencia. El impacto de la demencia es de gran alcance. No solo afecta la salud y el bienestar del paciente, sino que también está asociado a una pesada carga para el cuidador, un aumento del uso de los servicios sanitarios y necesidades de cuidado a largo plazo (Landinez Parra, 2012, p. 568).

Si se hace referencia a los cambios que llega a experimentar el cuerpo como resultado del proceso de envejecimiento; se tiene que los genetistas, biólogos, geriatras, son unos de los cuantos profesionales encargados de estudiar el proceso de envejecimiento celular, ya que muchas de enfermedades que se presentan en este proceso son neurodegenerativas que se asocian directamente a la vejez, donde se da conocer cómo es la extensión de la vida o de los mecanismo biológicos que explican un proceso de envejecimiento exitosos del adulto mayor .

Obtener una clara participación del adulto mayor en la diferentes áreas sociales, espirituales, culturales, económicas y cívicas permitirá que el proceso de envejecimiento sea activo y saludable ya que le brindara un espacio contextualizado al adulto mayor para desenvolverse de manera personal y social

El envejecimiento tiene lugar dentro del contexto de los demás: los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos y los miembros de la familia. Por ello, la interdependencia y la solidaridad intergeneracional, dar y recibir de manera recíproca entre individuos, así como entre generaciones de viejos y de jóvenes, son principios importantes del envejecimiento activo.

Por lo tanto, el envejecimiento activo debe considerarse como el objetivo primordial de la sociedad y de los responsables políticos, en un intento de mejorar la autonomía, la salud y la productividad de los mayores. El niño de ayer es el adulto de hoy y será la abuela o el abuelo de mañana. La calidad de vida que disfrutarán como abuelos dependerá de los riesgos y las oportunidades que experimenten a través de toda su vida, así como de la forma en que las generaciones sucesivas proporcionen ayuda y soportes mutuos cuando sean necesarios (Landinez Parra, 2012, p. 570)

La sociedad es un factor muy importante para que este proceso pueda ser de manera activa y saludable donde deberá permitir que los adultos mayores sufran menos por las discapacidades relacionadas con las enfermedades crónicas, no presenten ni padezcan situaciones de soledad y abandono, manteniendo su independencia propia como individuo que sigan participando en los diferente ámbitos sociales, económicos, políticos y culturales, tanto de manera remunerada como también de colaboración sin remunerar.

El proceso de envejecimiento presenta cambios morfológicos los cuales tienen una gran variedad con respecto a la edad de comienzo, el sexo del individuo, a la estructura comprometidas y al estilo de vida que llevaba el adulto mayor. La discapacidad se puede llegar a definir como el equilibrio

negativo entre las diferentes capacidades que puede tener una persona y los requisitos de su entorno, esto se lo puede llegar a medir con cuestiones personales de dependencia que pueden presentarse como dificultad en las diferentes actividades diarias que pueda llegar a realizar, ir a comprar, andar solo, cocinar, cuidarse y ser una persona independiente.

La fomentación de la práctica de ejercicios físicos como terapia para el proceso de envejecimiento, esta práctica de manera correcta puede funcionar como una herramienta eficaz, para obtener un retraso y prevenir problemáticas en el proceso de envejecimiento, que a su vez ayuda a fomentar la salud y el bienestar integral del adulto mayor.

De hecho, el mantener el ejercicio físico sirve para conservar el adecuado grado de actividad de las funciones orgánicas del adulto mayor; de manera que, mantener el ejercicio físico llega a proteger y a mejorar las funciones musculares esqueléticas del adulto mayor, osteoarticular, respiratoria, cardiocirculatoria, metabólica, psiconeurológica e inmunológica del adulto mayor.

Por lo tanto, “El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública, y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad” (Martínez, González, Castellón, & González, 2018).

Instituciones gerontológicas

Los gerontológico son la instituciones que se ligan al cuidado y bienestar del adulto mayor ya que la función de los gerontológico es brindar asistencia al adulto mayor que lo requiera y lo necesite , en esta instituciones de bienestar se le brindan al adulto mayor un mejor estadía donde pueda lograr un funcionamiento en beneficio del bienestar de la salud mental del adulto mayor ya que garantiza su trato de manera que el adulto mayor pueda convivir su última etapa de manera agradable y tranquila .

La calidad de vida en los adultos mayores involucra la seguridad económica y la inclusión social y necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad en sus hogares, ser cuidadas en familia, que conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar (López, 2018).

Las demandas que el gerontológico acoge son las demandas que el adulto mayor manifiesta con los significantes que tenga a su mano, pero se debe tener en cuenta que esta institución también se puede ver como el adulto mayor llega a un límite en cual va a sintomatizar todos sus malestares en un abandono emocional que la institución deberá abordar de la manera más correcta y factible que se pueda dar.

La gerontología se viene estudiando desde el plano; biológico, el psicológico y el social, y la interacción de estos aspectos da paso al proceso de envejecimiento, en este aspecto se argumentan las teorías físicas o biológicas del envejecimiento, teorías psicológicas y las sociológicas. Asimismo, se categorizan en: a) estocásticas que afirman que el proceso de envejecimiento es el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo, y b) las teorías no estocásticas que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado. (González D. G., 2018)

Al referirnos sobre las instituciones gerontológicas, primero debemos identificar qué es la gerontología y la geriatría, puesto que ambas se refieren al adulto mayor y su proceso de envejecimiento, pero desde aportes teóricos científicos distintos. La gerontología, es una de las especialidades que prioriza el bienestar psicológico, biológico y social; de manera específica estudia el envejecimiento del ser humano, ofreciendo actividades de prevención y rehabilitación hacia aquellos síntomas degenerativos. Para López (2016) en su Texto básico de geriatría y gerontología, afirma que:

La Gerontología es la ciencia que estudia el envejecimiento desde el punto de vista biológico, ambiental, social y las ciencias del comportamiento, a partir de la cual se desarrollan de modo más amplio otras distintas disciplinas. Así pues, podemos encontrar la Gerontología Clínica, la Psicogerontología, la Gerontología Social, entre otras (p.45).

Sin embargo, la geriatría se complementa en el área de la salud médica, una especialización que estudia aquellos efectos clínicos biológicos que trae consigo el envejecimiento. La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es una de las herramientas empleadas en la detección de problemas clínicos, discapacidades, enfermedades mentales frecuentes en el adulto mayor dependiendo de su entorno socio - familiar.

Las instituciones gerontológicas se encargan del cuidado del adulto mayor, como su salud física, integración social y el estado mental. Ellas ofrecen cuidar la integridad personal del adulto mayor institucionalizado sobre los principales cuidados primarios; también, brindan actividades, tanto a nivel individual como en el ámbito familiar, en las cuales se tratan temas generales sobre el envejecimiento digno.

En las instituciones gerontológicas se trabaja con un enfoque humanista, con perspectivas de género y de una no discriminación hacia los adultos mayores que residen en estas. Tienen como fin el cuidado integral y personal del adulto mayor; se ocupan de las necesidades fisiológicas, económicas, culturales, psicosociales y espirituales, con la finalidad de mantener una mejor calidad de vida y bienestar que aporte al rol social y a la autonomía de esta población de adultos mayores.

Institucionalización del adulto mayor

La atención que brindan las instituciones gerontológicas involucra identificar las necesidades de atención en la salud de los adultos mayores, su tratamiento, prevención, estrategias e investigación de carácter

multidisciplinario. Son las encargadas de brindar las estrategias de prevención y promoción para el cuidado del proceso de envejecimiento activo y exitoso.

Dentro los protocolos de atención y cuidado del adulto mayor, el médico geriatra es el profesional encargado de la detección, atención, rehabilitación y seguimiento de las principales enfermedades que se pueden presentar en el proceso de envejecimiento, que puede ir agravándose una vez que no se le da una atención y un correcto abordaje clínico para poder obtener un envejecimiento activo.

Las instituciones geriátricas son las encargadas de prevenir y mantener el bienestar de los adultos mayores, por lo que se brindan una asistencia personalizada a quienes residen en ellas; a aquellos que lo requieran o que lo necesiten, logrando cubrir las necesidades y demandas que el adulto mayor manifieste, para así prevenir en el cuidado de su salud mental del adulto mayor tanto en su área cognitiva como emocional, ya que aquí se presentan los principales desencadenamiento de las problemática que se pueden presentar en un proceso de envejecimiento inactivo y dañino como es el aislamiento social , baja autoestima , crisis depresivas que puede acelerar el proceso de envejecimiento de una manera no saludable para el adulto mayor

El cuidado de los adultos mayores constituye un aspecto de gran importancia para la sociedad, donde la institución geriátrica cumple con el rol de cuidar la integridad personal y social del adulto mayor, lo cual permitirá que el adulto mayor conviva de manera sana y saludable dentro de la institución en la cual reside, se lo considera un aspecto importante para la sociedad ya que son considerado por la sociedad como individuos que transmite sabiduría y experiencia a la nueva generaciones , son un pilar fundamental para mantener unida el círculo familiar .

Los centros gerontológicos son instituciones encargadas de brindar un cuidado especial a las personas adultas mayores, en cual se realizan diferentes actividades; los adultos mayores necesitan un lugar en el que les confieran un trato especial; es por ello que un centro gerontológico no es un

asilo, sino una Institución especializada en el cuidado especial, que cuenta con enfermeras y atención medica- geriátrica que necesitan las personas adultas mayores que padezcan algún tipo de enfermedad. Los centros gerontológicos también son conocidos como Centros de Retiro, Estancia o Residencia.

Son centros gerontológicos que brinda una atención durante el día a las personas adultas mayores, están proyectados en evitar la institucionalización, discriminación, segregación y aislamiento; son un complemento en la vida familiar, social y comunitaria, se caracterizan en mantener la facultad física y mental de los adultos mayores para prevenir el deterioro, participación de actividades propias para la edad, promover la convivencia, participación, solidaridad y la relación con la sociedad. Tienen como objetivo dar una atención integral sin la necesidad del internamiento a las personas adultas mayores que tengan una dependencia leve, intermedia o moderada, están orientados en la promoción del envejecimiento positivos y activo. En los centros gerontológicos diurnos ofrecen espacios alternativos de revitalización, recreación, socialización, encuentro y atención domiciliaria.

Cuando las instituciones gerontológicas reciben a un adulto mayor, se debe de tener información acerca del residente y de sus familiares, por ejemplo, la relación con los parientes más allegados, las enfermedades cognitivas, motoras u orgánicas y a su vez en caso de que exista algún trastorno psicológico o psiquiátrico. Es un trabajo en conjunto entre la institución-adulto mayor-familia, para llevar a cabo intervenciones de acuerdo con la necesidad del paciente.

La familia juega un papel importante cuando al deterioro físico y psicológico se agrega el aislamiento social. Este papel no puede ser transferido a ninguna otra institución, ya que el adulto mayor 28 dependiente, alberga un profundo sentimiento de soledad y la sensación de ser inútil. (Velázquez, 2017, p. 32)

La acogida que debe de tener el adulto mayor es confortable para que sienta la seguridad al quedarse, debido a que a veces suelen estar confusos al momento de ingresar y no saber a qué serán enfrentados. Sin embargo, los primeros días suelen estar un poco intranquilos por los cambios hasta llegar a una adaptación de la nueva rutina.

De manera general las instituciones gerontológicas cumplen su primera e importante función que es el cuidado prioritario con el adulto mayor, pero aquí la interrogante es cuál es su función en el área de la salud mental, cuál es su intervención en cada uno de los residentes ante imposibilidades subjetivas que surgen como síntoma al llegar a la etapa de la vejez junto a distintas problemáticas que aparecen en el día a día.

La mayor parte de los psicólogos que laboran en el área de la geriatría tienen un enfoque cognitivo-conductual, el cual mediante protocolos y evaluaciones tratan de que en los adultos mayores el deterioro cognitivo y motor no sea avanzado y vaya teniendo su espacio hasta una posible adaptación a sus próximas capacidades.

La institucionalización en principio se enfatizó en el ingreso de personas mayores con bajos recursos económicos y con familias que no tenían condiciones para asumir su cuidado; sin embargo, con el transcurrir del tiempo se acentuó la institucionalización de personas con condiciones económicas más favorables y con opciones de pagar por el servicio, promoviendo las diferencias de clase en la vida cotidiana de estos espacios. Así mismo, ha aumentado la demanda por este tipo de servicios, dada “la reducción global de las tasas de natalidad (se reduce la proporción de demandantes de cuidados de corta edad) y el aumento global de la esperanza de vida (aumenta la proporción de demandantes de edad elevada)” (Guevara, 2020, p. 43).

A lo largo de la historia ha existido cambios en cuanto a la institucionalización del adulto mayor, ha pasado por algunas transiciones pues antes era considerado solo para personas de bajos recursos económicos,

pero ahora se ha visto la necesidad en todas las clases sociales pues la gran demanda que existe por este tipo de atención permanente está ligado a la población demográfica que viven los países.

La institucionalización se ha relacionado históricamente con la necesidad de protección social. Los llamados asilos o espacios de misericordia (como se denominaban desde hace varios años atrás) se relacionan con la indigencia o el abandono.

Guevara (2020) además añade que:

la institucionalización de personas mayores para el caso europeo también ha respondido a tres aspectos: a) la dependencia que implica la experimentación de pérdidas físicas, económicas, familiares y/o sociales; b) la falta de espacios comunitarios para la participación y el mantenimiento de relaciones sociales y por ende una vida más activa y, c) la ausencia de familia, o porque ésta no tiene las condiciones económicas para ofrecer la atención y el cuidado, o en su defecto porque no asumen dicha situación; aspectos que no van en contravía con las dinámicas de institucionalización que se presentan en Ecuador.(p.76)

La institucionalización del adulto mayor ocasiona fractura familiar pues ya no hay nadie que se haga cargo de ellos por diferentes situaciones, antes la mujer no trabaja y permanecía en casa pero las necesidades han cambiado con el tiempo y se ha visto la necesidad que todos trabajen ocasionando que los adultos mayores queden solos sin atención y cuidados, sin poder relacionarse socialmente, y con carencias económicas que derivan a buscar instituciones de residencia permanente que puedan atender todas sus necesidades.

La depresión una forma de dar cuenta de la angustia de abandono

El adulto mayor institucionalizado siente varios cambios a nivel emocional, afectivo, intelectual y social, los mismos que pueden generar múltiples complicaciones en cuanto al nivel cognitivo y funcional; provocando

así de esta manera un cambio en su calidad de vida ya que el adulto mayor institucionalizado pierde el contacto con su familia y amigos, generando así sentimientos negativos, que afectan su autoestima.

Según Belesaca y Buele (2016) “el abandono del adulto mayor provoca un deterioro en las conductas sociales, ya que el abandono familiar impacta de forma muy intensa provocando en un 80% un nivel de desadaptación grave de conductas sociales” (p.47).

Cuando el adulto mayor es abandonado por su familia se pierde ese vínculo afectivo y si está dentro de una institución es mucho más difícil la adaptación a esa nueva vida pues se aleja de su círculo social y familiar, estar institucionalizados deriva de algunos reglamentos que se deben de cumplir dentro de la institución, el sistema de vida cambia y se deben de adaptar a la nueva normalidad en función de su bienestar; la convivencia con otros adultos mayores que se encuentran en las mismas condiciones facilita un poco la adaptación, pues hay temas de conversaciones en común y se puede dar vínculos afectivos de acompañamiento emocional.

El Adulto Mayor es considerado como un ser social, presentando problemas que afectan directamente sus emociones, salud, y principalmente la comunicación viéndose interrumpido la relación con otros sistemas externos (barrio, trabajo). “La familia se la considera como una organización social primaria que se caracteriza por sus vínculos, y las relaciones afectivas, al ser institucionalizado se rompen los lazos afectivos dentro de la familia y sociedad” (Belesaca y Buele, 2016, p.89)

CAPÍTULO 4

Metodología

Enfoque

Para esta investigación se utilizó el enfoque cualitativo que permita describir, comprender e interpretar los malestares subjetivos de los adultos mayores institucionalizados, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias del estudio de caso, con creencias propias sobre el fenómeno estudiado. Por ello, la recolección de los datos está orientada a proveer de un mayor entendimiento de los significados y experiencias de los adultos mayores.

Lo anterior se sustenta en lo que establece Sampieri (2018):

“El enfoque cuantitativo usa recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento. guiarse por el contexto, la situación, los recursos de que dispone, sus objetivos y el problema de estudio” (p. 28)

Paradigma

El paradigma que sustenta esta investigación es el interpretativo. Se propone como una alternativa al paradigma positivista, en él no se pretende hacer generalizaciones a partir de los malestares subjetivos en adultos mayores, dirigiendo la atención a aquellos aspectos no observables, no medibles, ni susceptibles de cuantificación (creencias, intenciones,

motivaciones, interpretaciones, significados para los actores sociales), interpreta y evalúa la realidad, no la mide.

Según lo indica Vera (2020) que los hechos dentro del paradigma se interpretan partiendo de los deseos, intereses, motivos, expectativas, concepción del mundo, sistema ideológico del observador, no se puede interpretar de manera neutral, separando al observador del factor subjetivo, de lo espiritual. Su propósito culmina en la elaboración de una descripción ideográfica de este, en términos de las características que lo identifican y lo individualizan.

Métodos

Para esta investigación también se recurrirá al método explicativo, el cual Ortega (2017) indica que permite explicar los componentes de un estudio para determinar la problemática; este tipo de método requiere la combinación de los métodos analítico y sintético, en conjugación con el deductivo y el inductivo, se trata de responder o dar cuenta del porqué del objeto que se investiga (p.155)

Técnicas de recolección de información

Para la recolección de información del estudio se aplicaron diferentes técnicas como son las fuentes documentales y entrevistas estructuradas.

Durante el desarrollo de este estudio, se revisaron y analizaron fuentes bibliográficas, tales como libros, artículos e investigaciones, que sirvieron para contextualizar e interpretar las problemáticas que se presentan en los malestares de subjetivos que manifiestan los adultos mayores, una vez que manifiestan síntomas que no van ligados a una buena convivencia dentro de la institución y afectan su integridad personal como deterioro e inestabilidad emocional.

Las fuentes documentales sirvieron para la elaboración del marco teórico, en el cual se identificaron las variables de estudio y se recolectó información teórica. Barranco (2020) indica que las fuentes documentales son documentos, los soportes materiales que contienen información y cuya finalidad es la de transportar información y hacer que ésta sea accesible (p. 56)

Población

La población objeto de esta investigación fueron los adultos mayores que residen en una institución gerontológica de Guayaquil. La muestra con la que se trabajó fue no probabilística, intencional, los casos que se presentan en este estudio fueron elegidos en función a los objetivos planteados. Según Romero (2022) las muestras no probabilísticas, no siempre depende de la probabilidad de los elementos, así que muchas veces se la relaciona con las características o los propósitos de la investigación.

CAPÍTULO 5

Presentación y Análisis de Datos

La investigación se realizó en un asilo de la ciudad de Guayaquil donde se trabajó con 34 adultos mayores residentes a quienes se les había administrado la Escala de depresión geriátrica que de acuerdo con Hoyl et al., (2000) “La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión y consta de 30 preguntas de formato si-no” (párr.5). El evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser meditada la respuesta debe ser sí o no y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior. El tiempo de administración es de 10 a 15 minutos. Los puntos de corte que permiten obtener un diagnóstico son: 0-5 No depresión, 6 – 9 Depresión Probable y de 10. A 15 Depresión Establecida. Se evaluó de forma consecutiva a los 34 residentes de 65 a 97 años. La información se obtuvo a partir de una revisión documentada de las fichas que reposan en el departamento de Psicología, en acompañamiento de la psicóloga del centro gerontológico con la finalidad de contrastar información de forma explicativa.

Presentación de resultados

Los datos fueron recogidos por medio de una revisión de fuente documentada y procesados por medio de tablas que permitieron organizar la información para después hacer el análisis. En la tabla 1 se organizaron los datos que tienen relación con la edad, tiempo en la institución y el ingreso al asilo.

En la tabla 2 los datos fueron organizados de acuerdo con información del adulto mayor residente en relación con las visitas y sobre su estado al momento de ingresar al asilo.

Estos datos permitieron tener información importante para conocer el estado en el que ingresaron, su forma de ingreso e identificar posiblemente la angustia de abandono que le podría generar este ingreso.

En la tabla 3 se presentan los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica el cual nos va a permitir ubicar si los residentes se encuentran en estado de depresión.

Tabla 3. Datos extraídos de fuente documentada en acompañamiento de la psicóloga con relación al ingreso, edad y tiempo.

Residente	Edad	Año de ingreso	Persona o institución que realiza el Ingreso	Edad de Ingreso	Tiempo en la institución en años
R1	69	2022	Hermana	68	1
R2	73	2019	Voluntad Propia	69	4
R3	80	2010	Hija	67	13
R4	86	2012	Voluntad Propia	75	11
R5	90	2021	Hijos	88	2
R6	94	2015	Voluntad Propia	86	8
R7	91	2015	Hermana	83	8
R8	70	2022	Bienestar social	71	1
R9	78	2022	Hijos	77	1
R10	92	2016	Hermana	85	7
R11	88	2021	Hermano	86	2
R12	89	2019	Hijos	85	4
R13	86	2020	Hija	83	3
R14	81	2019	Hermana	77	4
R15	75	2022	Amigo	74	1
R16	68	2022	Hijos	67	1
R17	75	2022	Hija	74	1
R18	84	2021	Voluntad Propia	86	2
R19	78	2021	Bienestar social	76	2
R20	97	2018	Bienestar social	92	5
R21	83	2018	Bienestar social	78	5
R22	80	2011	Hijos	68	12
R23	83	2021	Voluntad Propia	81	2
R24	81	2022	Bienestar social	80	1
R25	83	2021	Bienestar social	81	2
R26	82	2010	Hijo	69	13
R27	91	2001	Hermano	69	22
R28	93	2020	Hermano	90	3
R29	94	2018	Hermana	89	5
R30	71	2022	Hijos	70	1
R31	73	2021	Hija	71	2
R32	86	2011	Hermana	74	12
R33	87	2006	Bienestar social	70	17
R34	90	2003	Bienestar social	70	20

Nota: elaboración propia

Tabla 4. Datos extraídos de fuente documentada en acompañamiento de la psicóloga en relación con las visitas

El adulto mayor estaba orientado en espacio y tiempo al momento de su ingreso?	El adulto mayor estaba de acuerdo con su ingreso?	El adulto mayor recibe visitas?	Quien lo visita?	Cada que tiempo recibe visitas?
si	si	Si	familiar	Semanal
si	si	Si	amigos	Mensual
si	no	No	no	no recibe visitas
si	si	Si	amigos y familiar	Mensual
si	Si	Si	amigos	Quincenal
si	si	Si	familiar	Quincenal
si	no	Si	familiar	Quincenal
no	no	no	no	no recibe visitas
si	no	Si	amigos	Quincenal
si	si	Si	amigos y familiar	semanal
si	si	Si	familiar	Mensual
si	no	No	no	no recibe visitas
si	no	No	no	no recibe visitas
si	no	Si	familiar	varia el tiempo
si	si	Si	amigos	Mensual
si	si	Si	familiar	Quincenal
si	si	Si	amigos	Quincenal
si	si	Si	amigos y familiar	Semanal
si	no	No	no	no recibe visitas
si	no	No	no	no recibe visitas
si	no	No	no	no recibe visitas
si	si	No	no	no recibe visitas
si	si	no	no	no recibe visitas
no	no	No	no	no recibe visitas
no	si	No	no	no recibe visitas
si	no	Si	familiar	Quincenal
no	si	No	no	no recibe visitas
si	si	Si	familiar	Mensual
si	si	Si	familiar	Mensual
si	no	No	no	no recibe visitas
si	si	No	no	no recibe visitas
si	si	Si	familiar	Semanal
si	no	no	No	no recibe visitas
no	no	Si	familiar	no recibe visitas

Nota: elaboración propia

Tabla 5. Protocolos de la Escala por adulto mayor residente

Adulto Mayor Residente 1

#	Preguntas	Respuesta	
		Si	No
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía? Se encuentra sin esperanzas?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		5 Puntos	
0 a 5 Puntos - NO Depresión			
6 a 9 Puntos Depresión Probable			
10 a 15 Puntos Depresión Establecida			

Adulto Mayor Residente 3

#	Preguntas	Respuesta	
		Si	No
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía? Se encuentra sin esperanzas?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		5 Puntos	
0 a 5 Puntos - NO Depresión			
6 a 9 Puntos Depresión Probable			
10 a 15 Puntos Depresión Establecida			

Adulto Mayor Residente 2

#	Preguntas	Respuesta	
		Si	No
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía? Se encuentra sin esperanzas?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		1 Puntos	
0 a 5 Puntos - NO Depresión			
6 a 9 Puntos Depresión Probable			
10 a 15 Puntos Depresión Establecida			

Adulto Mayor Residente 4

#	Preguntas	Respuesta	
		Si	No
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		3 Puntos	
0 a 5 Puntos - NO Depresión			
6 a 9 Puntos Depresión Probable			
10 a 15 Puntos Depresión Establecida			

Adulto Mayor Residente 5

#	Preguntas	Respuesta	
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		12 Puntos	
0 a 5 Puntos - NO DEPRESIÓN			
6 a 9 Puntos DEPRESIÓN PROBABLE			
10 a 15 Puntos DEPRESIÓN ESTABLECIDA			

Adulto Mayor Residente 6

#	Preguntas	Respuesta	
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		3 Puntos	
0 a 5 Puntos - NO DEPRESIÓN			
6 a 9 Puntos DEPRESIÓN PROBABLE			
10 a 15 Puntos DEPRESIÓN ESTABLECIDA			

Adulto Mayor Residente 7

#	Preguntas	Respuesta	
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		9 Puntos	
0 a 5 Puntos - NO DEPRESIÓN			
6 a 9 Puntos DEPRESIÓN PROBABLE			
10 a 15 Puntos DEPRESIÓN ESTABLECIDA			

Adulto Mayor Residente 8

#	Preguntas	Respuesta	
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		3 Puntos	
0 a 5 Puntos - NO DEPRESIÓN			
6 a 9 Puntos DEPRESIÓN PROBABLE			
10 a 15 Puntos DEPRESIÓN ESTABLECIDA			

Adulto Mayor Residente 9

#	Preguntas	Respuesta	
		Si	No
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		1 PUNTO	
0 a 5 PUNTOS - NO DEPRESIÓN			
6 a 9 PUNTOS DEPRESIÓN PROBABLE			
10 a 15 PUNTOS DEPRESIÓN ESTABLECIDA			

Adulto Mayor Residente 10

#	Preguntas	Respuesta	
		Si	No
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		2 PUNTOS	
0 a 5 PUNTOS - NO DEPRESIÓN			
6 a 9 PUNTOS DEPRESIÓN PROBABLE			
10 a 15 PUNTOS DEPRESIÓN ESTABLECIDA			

Adulto Mayor Residente 11

#	Preguntas	Respuesta	
		Si	No
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		2 PUNTOS	
0 a 5 PUNTOS - NO DEPRESIÓN			
6 a 9 PUNTOS DEPRESIÓN PROBABLE			
10 a 15 PUNTOS DEPRESIÓN ESTABLECIDA			

Adulto Mayor Residente 12

#	Preguntas	Respuesta	
		Si	No
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		12 PUNTOS	
0 a 5 PUNTOS - NO DEPRESIÓN			
6 a 9 PUNTOS DEPRESIÓN PROBABLE			
10 a 15 PUNTOS DEPRESIÓN ESTABLECIDA			

Adulto Mayor Residente 13

#	Preguntas	Respuesta	
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		3 Puntos	
0 a 5 Puntos - NO Depresión			
6 a 9 Puntos Depresión Probable			
10 a 15 Puntos Depresión Establecida			

Adulto Mayor Residente 14

#	Preguntas	Respuesta	
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		3 Puntos	
0 a 5 Puntos - NO Depresión			
6 a 9 Puntos Depresión Probable			
10 a 15 Puntos Depresión Establecida			

Adulto Mayor Residente 15

#	Preguntas	Respuesta	
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		1 Punto	
0 a 5 Puntos - NO Depresión			
6 a 9 Puntos Depresión Probable			
10 a 15 Puntos Depresión Establecida			

Adulto Mayor Residente 16

#	Preguntas	Respuesta	
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		2 Puntos	
0 a 5 Puntos - NO Depresión			
6 a 9 Puntos Depresión Probable			
10 a 15 Puntos Depresión Establecida			

Adulto Mayor Residente 17

#	Preguntas	Respuesta	
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		4 Puntos	
0 a 5 Puntos - NO Depresión			
6 a 9 Puntos Depresión Probable			
10 a 15 Puntos Depresión Establecida			

Adulto Mayor Residente 18

#	Preguntas	Respuesta	
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		2 Puntos	
0 a 5 Puntos - NO Depresión			
6 a 9 Puntos Depresión Probable			
10 a 15 Puntos Depresión Establecida			

Adulto Mayor Residente 19

#	Preguntas	Respuesta	
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		3 Puntos	
0 a 5 Puntos - NO Depresión			
6 a 9 Puntos Depresión Probable			
10 a 15 Puntos Depresión Establecida			

Adulto Mayor Residente 20

#	Preguntas	Respuesta	
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		5 Puntos	
0 a 5 Puntos - NO Depresión			
6 a 9 Puntos Depresión Probable			
10 a 15 Puntos Depresión Establecida			

Adulto Mayor Residente 22

#	Preguntas	Respuesta	
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		2 Puntos	
0 a 5 Puntos - NO Depresión			
6 a 9 Puntos Depresión Probable			
10 a 15 Puntos Depresión Establecida			

Adulto Mayor Residente 29

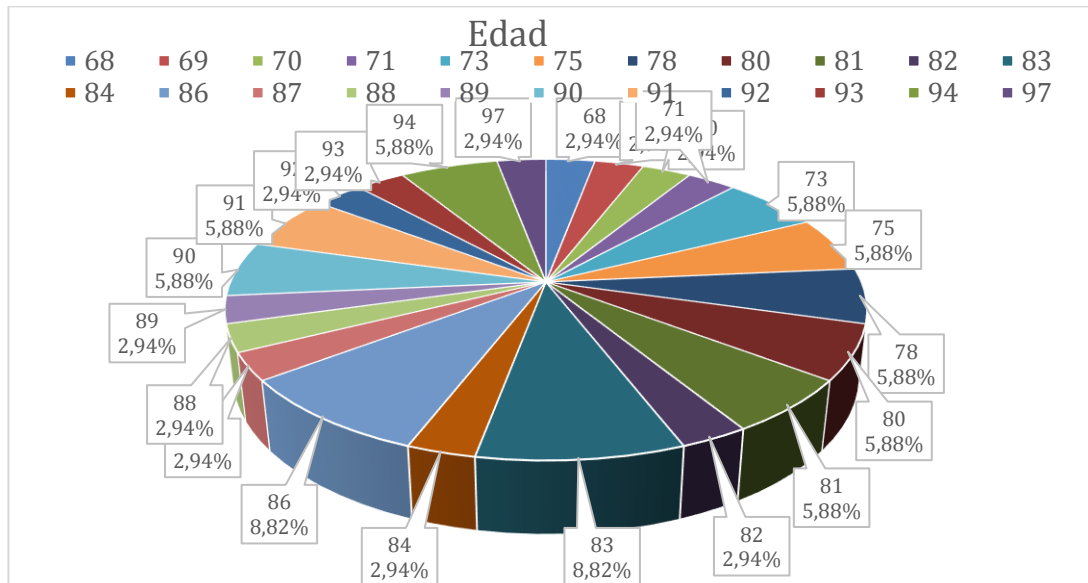
#	Preguntas	Respuesta	
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		6 Puntos	
0 a 5 Puntos - NO Depresión			
6 a 9 Puntos Depresión Probable			
10 a 15 Puntos Depresión Establecida			

Adulto Mayor Residente 30

#	Preguntas	Respuesta	
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	Si	No
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	Si	No
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Si	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	Si	No
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Si	No
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Si	No
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Si	No
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Si	No
13	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	Si	No
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Si	No
Puntuación Total		5 Puntos	
0 a 5 Puntos - NO Depresión			
6 a 9 Puntos Depresión Probable			
10 a 15 Puntos Depresión Establecida			

Análisis de resultados

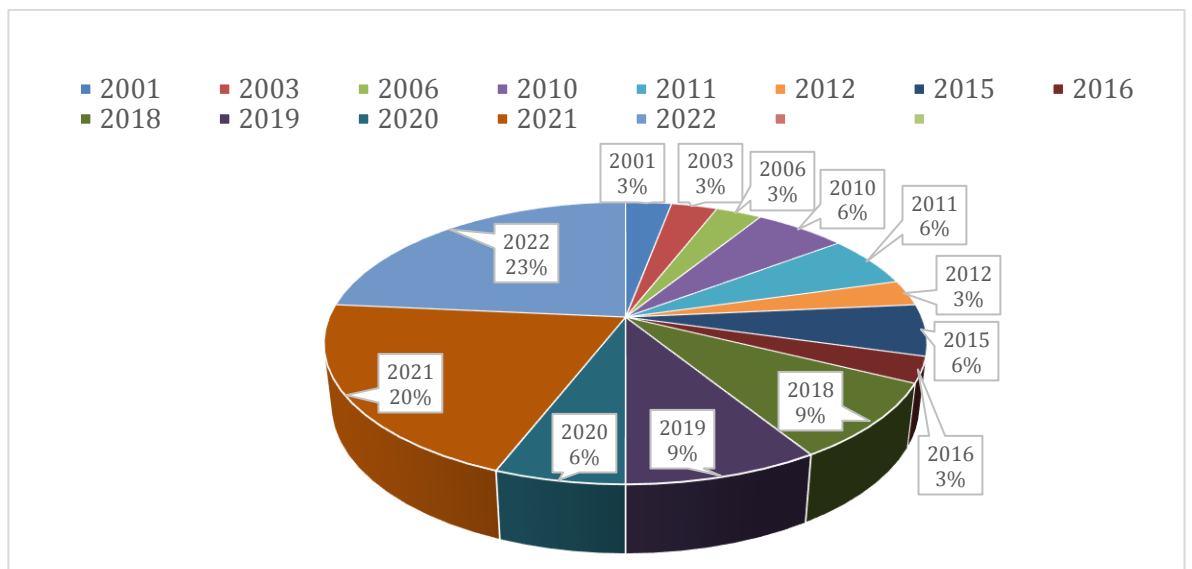
Gráfico 1. Edad



Datos extraídos de fuente documentada en acompañamiento de la psicóloga con relación al ingreso, edad y tiempo.

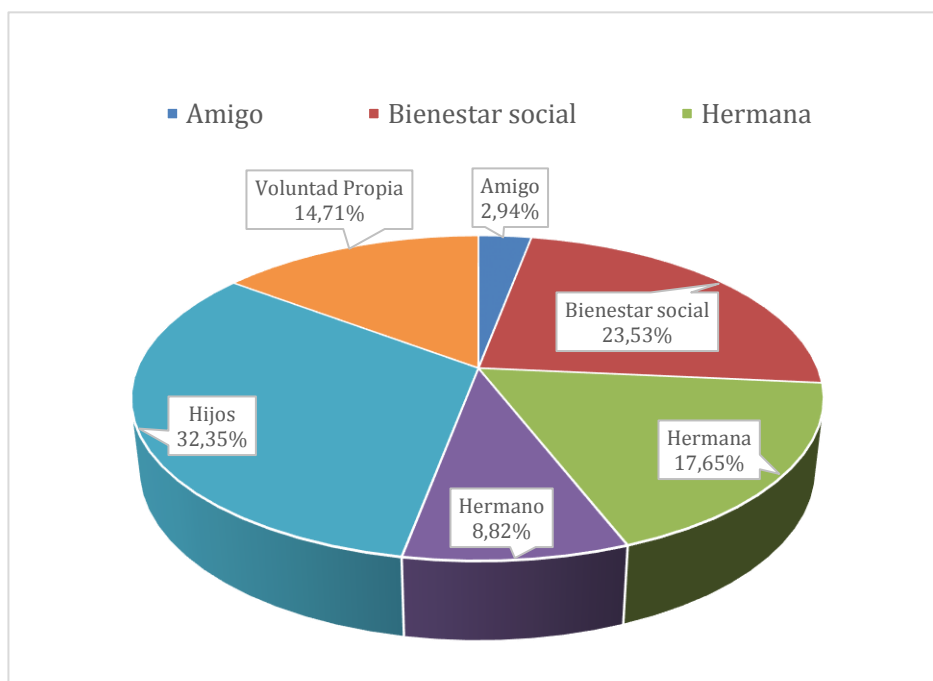
Dentro el rango de edad en el asilo se da que el adulto mayor que presenta la mayoría de edad tiene 97 años y el que presenta la menor edad es de 68 años. La edad de 83 y 86 años tiene el más alto porcentaje dentro de la población con un 8.82%.

Gráfico 2. Año de Ingreso



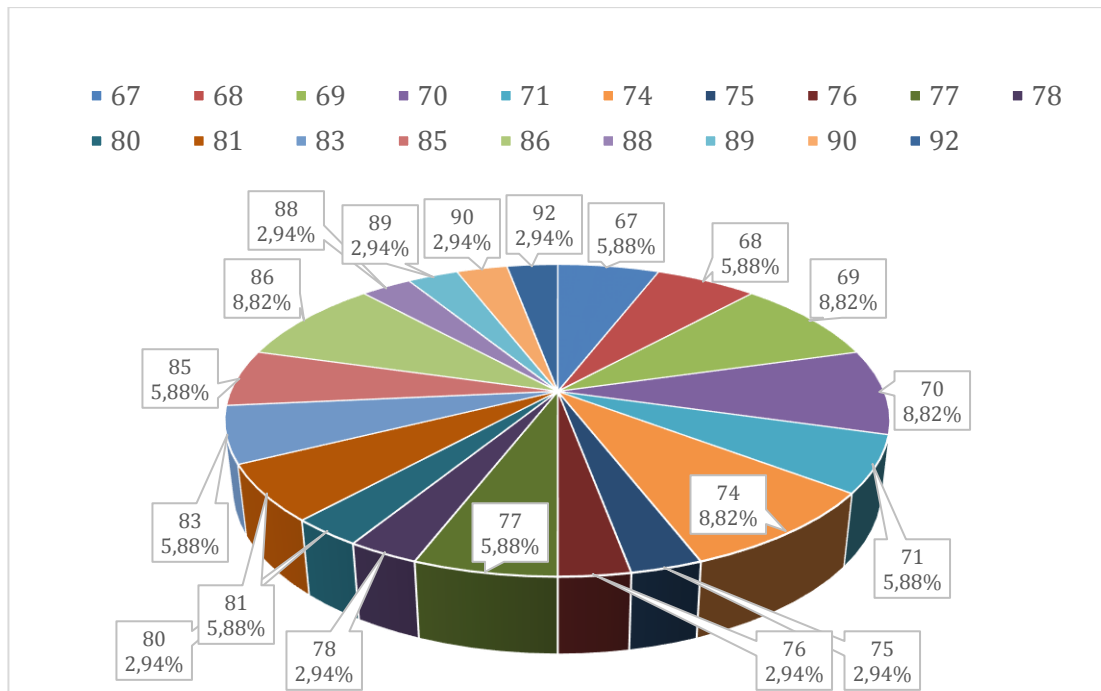
Los años de ingreso dentro institución van desde 2001 siendo el más antiguo con un 20% y 2022 la última fecha de ingreso la cual representan un 23% de la población.

Gráfico 3. Persona o institución que realiza el Ingreso



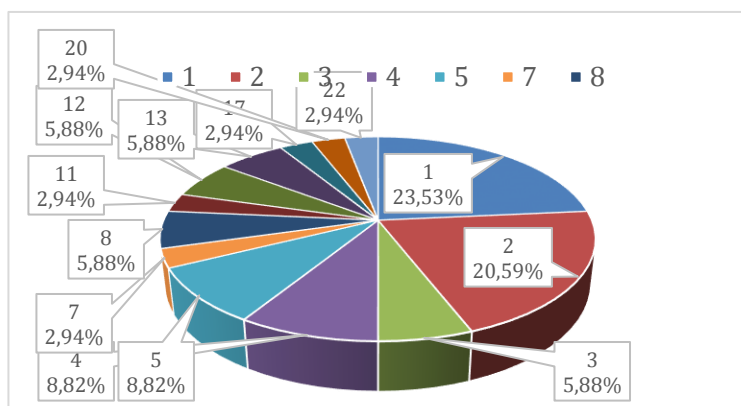
Según el estudio el porcentaje más alto 32% que realizan el ingreso de sus familiares a la institución son los hijos y el mínimo porcentaje son los Amigos.

Gráfico 4. Edad de ingreso



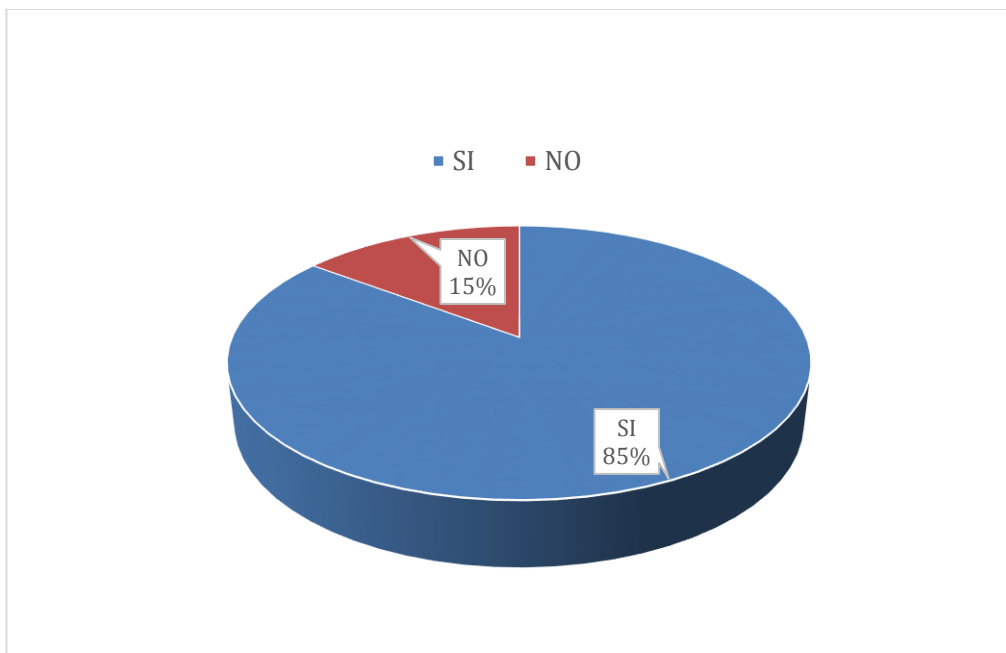
A la edad de 69,70,74 y 86 la cual representa un 5.88% de la población se ha dado la mayoría de ingreso en esel rango de edades.

Gráfico 5. Tiempo en la institución



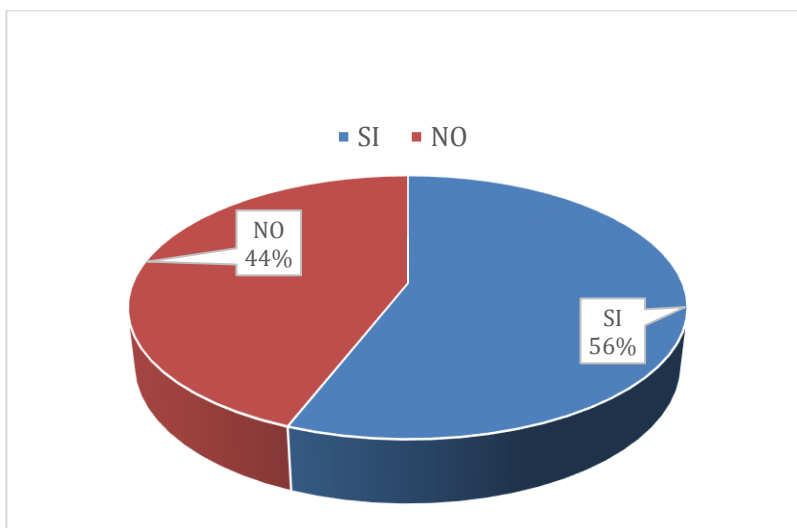
Los adultos mayores dentro su rango de tiempo institucional presenta el mas antiguo con un tiempo de 22 año dentro de la institución y los que han ingresado en este año los cuales llevan un 23% de la población que vive dentro de la institución.

Gráfico 6. El adulto mayor estaba orientado en espacio y tiempo al momento de su ingreso



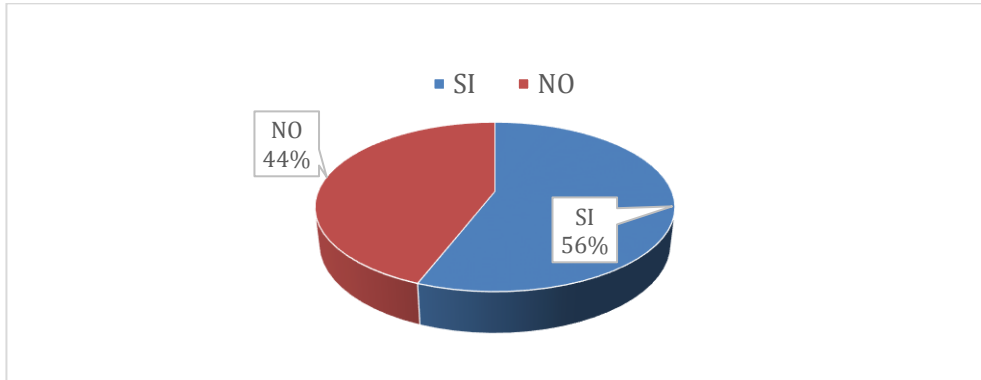
El 85 % de los adultos mayores si se encontraban orientado en espacio y tiempo al momento de su ingreso al asilo y un 15% no estaba orientada ni espacio ni en el tiempo.

Gráfico 7. El adulto mayor estaba de acuerdo con su ingreso si o no



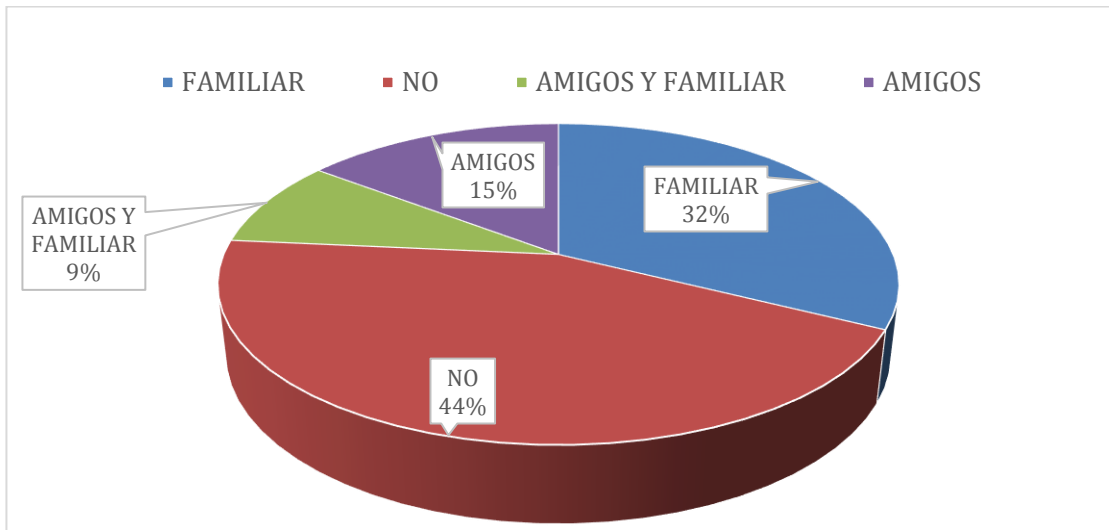
El 56 % de la población de la institución si estaba de acuerdo en su ingreso al asilo, y un 44% no estaba de acuerdo a su ingreso dentro del asilo .

Gráfico 8. El adulto mayor recibe visita si o no



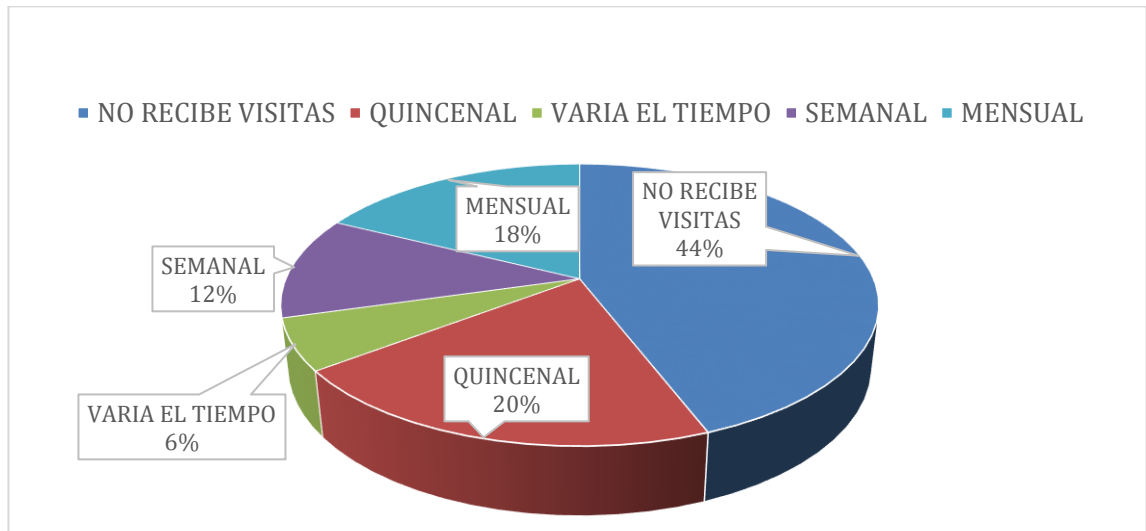
El 44% de la población no recibe visita, y el 56 % de los adulto mayores si recibe visita.

Gráfico 9. ¿Quien lo visita?



el 9% de los adulto mayores recibe visitar por parte de amigos y familiares, un 15 % solo por parte de amigos ,32% por parte de familiares y con 44% no recibe ningún tipo de visita .

Gráfico 10. ¿Cada que tiempo recibe visitas?



Un 44 % de los adultos mayores ni recibe visita, un 20 % recibe cada quincena, un 18% mensual, un 12% semanal y un 6% en cual la visita varia su tiempo.

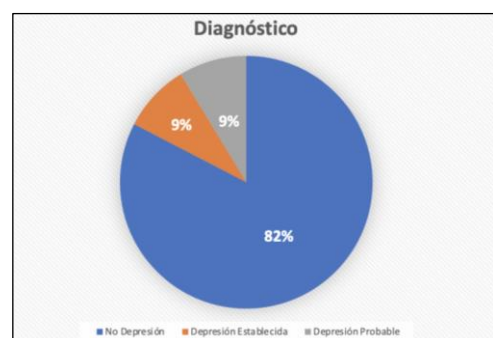
Análisis de Resultados de Tabla 3

Protocolos de la Escala por adulto mayor residente

La escala de depresión Geriátrica fue administrada a 23 adultos mayores residentes de los 34. Los 11 adultos mayores residentes a quienes no se les administró la escala se debió a su condición de salud o desorientación

En relación con los puntajes arrojados en las pruebas de los 23 adultos mayores se pudo ver que la mayoría (82,61%) de los evaluados tiene un diagnóstico de **No Depresión**. Y sólo 4 de los 23 de los adultos mayores presenta indicios de depresión

Diagnóstico	fa	f%
No Depresión	19	82,61
Depresión Establecida	2	8,70
Depresión Probable	2	8,70



Así también se puede ver que las respuestas que indican depresión y que tienen relación con las 15 preguntas de la escala abreviada, la mayoría (56,52%) de los evaluados puntúan la pregunta ¿Ha disminuido o abandonado mucho de sus intereses o actividades previas? con un **Si**, seguido de la pregunta con un menor porcentaje (47,83%) ¿siente que su vida está vacía? con un **Si** y con un 34,78% con la pregunta ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida? Con una respuesta de **NO** y de igual forma con la pregunta ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar? Con una respuesta **SI**

#	Preguntas	fa	%
1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	8	34,78
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	13	56,52
3	¿Siente que su vida está vacía?	11	47,83
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	3	13,04
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría de las veces?	7	30,43
6	¿Esta preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	8	34,78
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	5	21,74
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	7	30,43
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	7	30,43
10	¿Siente usted que tiene mas problemas con su memoria que otras personas de su edad?	2	8,70
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	2	8,70
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	3	13,04
13	¿Se siente lleno de energía?	6	26,09
14	Se encuentra sin esperanzas ante su situación actual?	7	30,43
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	5	21,74



Es importante este análisis ya que muchas veces cuando se realizan evaluaciones nos quedamos con el diagnóstico que arroja la prueba, pero no se analiza de forma más profunda y se deja de lado intervenciones necesarias para trabajar con los adultos mayores. A pesar que los diagnósticos arrojados en las evaluaciones donde aparentemente la mayoría de los adultos mayores no presentan un diagnóstico de posible depresión se puede ver que en sus respuestas existen indicadores que dan cuenta que el adulto mayor da cuenta de una posible angustia de abandono que le produce depresión

CONCLUSIONES

El proceso de envejecimiento crea ciertas complicaciones, a veces graves, porque se manifiesta como un conflicto en el que el adulto mayor es consciente de que está expuesto a pérdidas en el ámbito familiar, social y laboral, lo que le provoca una cierta carga emocional que repercute en su envejecimiento.

De manera general las instituciones gerontológicas cumplen su primera e importante función que es el cuidado prioritario con el adulto mayor, pero aquí la interrogante es cuál es su función en el área de la salud mental, cuál es su intervención en cada uno de los residentes ante imposibilidades subjetivas que surgen como síntoma al llegar a la etapa de la vejez junto a distintas problemáticas que aparecen en el día a día.

A partir de las evaluaciones que se realizaron a los adultos mayores se pudo identificar que uno de los principales indicadores de depresión por angustia de abandono en la etapa de envejecimiento está relacionado a la pérdida y a su demanda dirigida al otro; ya que, se debe tener en cuenta que, si bien el adulto mayor es un sujeto de pérdida, a la vez también es un sujeto deseante.

La depresión en el adulto mayor se describió como una serie de cambios a nivel emocional, afectivo, intelectual y social en el que se la asocia con una etapa productiva terminada, por historias de vida, anécdotas, por lo cual existe temor, tensión y preocupación al no estar en contacto con las figuras de apego según la revisión de fuentes bibliográficas

De la misma manera se caracterizó la angustia de abandono como la preocupación constante de ser dejado de lado, el miedo a ser rechazado o la dificultad de confiar en los demás cuando no reciben la validación o atención que necesitan. El abandono que se puede identificar dentro de las instituciones de atención al adulto mayor está relacionadas al sentimiento de pérdida por parte del adulto mayor a nivel emocional ya que una vez que presente manifestaciones de abandono el adulto mayor comienza a presentar

cambios en su convivencia social y personal, presenta aislamiento social, depresión, baja autoestima, irritabilidad ante la presencia de algún otro.

El análisis de resultados dio cuenta la importancia de realizar una lectura más profunda a los resultados obtenidos a partir de las pruebas o escalas administradas

REFERENCIAS

- Acosta, C., & García, R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Instituto Tecnológico de Sonora*, 10.
- Almeida, M. (2013). *Análisis de los factores asociados a la depresión de los adultos mayores*. Ecuador: [Tesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador].
- Borda, M., Anaya, M., & Pertuz, M. (2014). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Revista Salud Uninorte*, 8.
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 10.
- Calderón, I., & Obando, L. (2023). *Determinantes sociales que influyen en la depresión del adulto mayor*. Carchi, Ecuador: [Tesis, Universidad Politécnica Estatal de Carchi].
- Cardenas, S. (2020). *Factores asociados a la depresión en adultos mayores*. Perú: [Tesis, Universidad nacional de Perú].
- Castro, M., Ramirez, J., & Aquilar, L. (2014). Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. *Escuela Militar de Graduados de Sanidad de la SEDENA*, 6.
- Espinosa, Y., & Díaz, Y. (2020). Una mirada especial a la ansiedad y depresión en el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13.
- Estrada, A. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 11.
- Garrabé de Lara, J. (2012). *El autismo. Historia y clasificaciones*. From Scielo: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300010#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20autismo%20aparece%20por,publicado%20en%20Viena%20en%201911.
- González, E. (2018). Prevalencia de depresión en el adulto mayor. *Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería*, 33.
- González, E. (2018). Prevalencia de depresión en el adulto mayor institucionalizado. *Universidad de La Laguna*, 33.

- Jiménez, F. (2001). Investigación en autismo. *Revista de Educación*, 82. From <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/xxi/article/view/596>
- Kennedy Shriver, E. (2005). *El autismo y los genes*.
- López, S., Rivas, R., & Taboada, E. (2010). *Historia del trastorno autista*. From PDF
- Muñoz, K., & Guapizaca, J. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAE*, 10.
- Orosco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Universidad de Lima*, 91-104.
- Ramírez, A., Sanchez Prieto, J., & Quiroga Ayala, V. (2019). *Nuevas categorías diagnósticas en trastorno del espectro del autismo (TEA). Evolución hacia DSM5 Y CIE 11*. From <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-5-2019-10PON10Reg2365.pdf>
- Restrepo, R. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*.
- Silva, A., & Boso, R. (2019). *Descomposición social del malestar subjetivo y de las capacidades de afrontamiento en un contexto de crisis y desempleo*. From <https://www.academica.org/agustin.salvia/183.pdf>
- Tovero, M., & Blanco, W. (2022). Prevalencia de depresión en adultos mayores adscritos a un programa de atención social a la salud. *Unidad de Medicina Familiar*, 5.
- Tulio, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Honduras*, 7.

ANEXOS

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE¹ FICHA N° 3d

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)				
Nombre del Usuario:			Zona:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad:	Años	Meses	Fecha de aplicación:	Aplicado por:

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	SI	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	no
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	no
13.	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	no
Las respuestas que indican depresión están en NEGRITA Y MAYÚSCULAS . Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO .			Total:

FIRMA DEL EVALUADOR

¹ Sheik JI, Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986; 5:165-172.



INSTRUCTIVO:²

Puntuación total: 15 puntos

PUNTOS DE CORTE:

No depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

Tiempo de administración: 10-15 minutos.

Normas de aplicación: El evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada). La respuesta debe ser "sí" o "no" y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior.

² Aguado c, Martínez j, Onís mc et al.(2000). adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la "Geriatric Depression scale" (gds) de Yesavage. *atención primaria*, 26 (supl 1): 328.



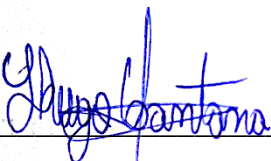
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Santana Ponce, Hugo Andrés** con C.C: # **1314257898** autor del trabajo de titulación: **La depresión y su relación con la angustia de abandono en el adulto mayor institucionalizado**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 7 de **septiembre** del **2023**

f.  _____

Nombre: **Santana Ponce, Hugo Andrés**
C.C: 1314257898



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	La depresión y su relación con la angustia de abandono en el adulto mayor institucionalizado		
AUTOR	Santana Ponce, Hugo Andrés		
TUTORA	Psic. Cl. Torres Gallardo, Tatiana Aracely, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la educación.		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciado en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	7 de septiembre del 2023	No. DE PÁGINAS:	70
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicología Clínica, Adulto Mayor, Geriatría		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Angustia, abandono, institución, geriatría, depresión, adulto mayor		
RESUMEN:	<p>El estudio tuvo como objetivo analizar la relación de la depresión con la angustia de abandono en el adulto mayor institucionalizado por medio de un enfoque cualitativo para un posible abordaje en instituciones gerontológicas, se trabajó con estudio de caso que permitió analizar una muestra específica de pacientes o adultos mayores institucionalizados. La muestra con la que se trabajó fue no probabilística, intencional, los casos que se presentan en este estudio fueron elegidos en función a los objetivos planteados. La investigación se realizó en un asilo de la ciudad de Guayaquil donde se trabajó con 34 adultos mayores residentes a quienes se les administró la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, se evaluó de forma consecutiva a los 34 residentes de 65 a 97 años. Así también se obtuvieron datos a partir de una revisión documentada de las fichas que reposan en el departamento de Psicología, mediante tablas se organizó la información recolectada, en la tabla 1 se organizó la información relacionada a la edad, tiempo en la institución y el ingreso al asilo, en la tabla 2 la información recolectada fueron en relación a las visitas y sobre su estado al momento de su ingreso, en la tabla 3 se presentaron los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica el cual nos va a permitir ubicar si los residentes se encuentran en estado de depresión.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 593961676998	+	E-mail: hugo.santana@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Psic. Cl. Tatiana Torres, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 - 1419		
	E-mail: tatiana.torres@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			