

**UNIVERSIDAD FRANCISCO GAVIDIA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**



**TRABAJO DE GRADUACION**

**TESIS:**

**DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR ESTUDIO DESCRIPTIVO A  
REALIZARSE CON PERSONAS ADULTAS MAYORES  
INSTITUCIONALIZADAS EN EL HOGAR DE ANCIANOS DE SAN  
VICENTE DE PAUL, SAN SALVADOR ENTRE LOS MESES DE  
AGOSTO A DICIEMBRE DEL AÑO 2011**

**PRESENTADO POR:**

**EVELYN YANETH MARTINEZ DE BARRIENTOS  
JAQUELINE KARINA RIVERA RIVERA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**ENERO 2012**

**SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTROAMERICA**

## **AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

RECTOR

ING. MARIO ANTONIO RUIZ RAMIREZ

VICERECTORA

DRA. ANA LETICIA ANDINO DE RIVERA

SECRETARIA GENERAL

LICDA. TERESA DE JESUS GONZALES DE MENDOZA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DECANA

LIC. ZOILA LUZ ROMERO DE ENAMORADO



**Universidad Francisco Gavidia** 02/01-201101-PS

**ACTA DE LA DEFENSA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Acta número 105, en la Sala UNO, del Edificio Administrativo de la Universidad Francisco Gavidia, a las dieciséis horas treinta minutos, del día jueves veintitrés de febrero del dos mil doce; siendo estos el día y la hora señalada para la defensa oral del Proyecto de Investigación "DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR. ESTUDIO DESCRIPTIVO A REALIZARSE CON PERSONAS ADULTAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN EL HOGAR DE ANCIANOS, SAN VICENTE DE PAUL, SAN SALVADOR, ENTRE LOS MESES DE AGOSTO A DICIEMBRE DEL AÑO 2011", presentado por los(as) egresados(as): EVELYN YANETH MARTINEZ DE BARRIENTOS y JAQUELINE KARINA RIVERA RIVERA, de la carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA.

Y estando presentes los(as) interesados(as) y el Jurado Evaluador, se procedió a dar cumplimiento a lo estipulado en el Reglamento General de Graduación y el Instructivo de Graduación por Proyecto de Investigación, habiendo llegado el Jurado, después de las exposiciones, el interrogatorio y las deliberaciones correspondientes, a pronunciarse por este fallo:

A Probado

EVELYN YANETH MARTINEZ DE BARRIENTOS

A probado

JAQUELINE KARINA RIVERA RIVERA

Y no habiendo más que hacer constar, se da por terminada la presente.

Presidente/a M. Morena  
LIC. MORENA IRIS MOLINA MONTERROZA

Vocal Heisel  
LICDA. HEISEL IDALIA SIGUENZA

Vocal Ruth  
LICDA. RUTH ELIZABETH LUNA DE URRUTIA

Egresado/a: Evelyn  
EVELYN YANETH MARTINEZ DE BARRIENTOS

Egresado/a: Jaqueline  
JAQUELINE KARINA RIVERA RIVERA

"Tecnología, Innovación y Calidad"

## **AGRADECIMIENTOS**

A lo largo de toda la formación académica hemos querido expresar nuestra gratitud:

- A Dios, Por concedernos la sabiduría y la fortaleza ya que nos acompañó a lo largo de nuestra Carrera, en momentos de debilidad para alcanzar dicho objetivo profesional.
- A la Universidad Francisco Gavidia por habernos proporcionado los conocimientos con estándares altos de calidad y por formar profesionales, competitivos y capaces.
- Agradecemos al personal docente, quienes brindaron el apoyo y la confianza que necesitamos en el desarrollo académico, especialmente a nuestra facultad de Ciencias Sociales, por preocuparse en nuestra formación profesional.
- Sincero Agradecimiento a nuestro tutor de Tesis: Lic. Mario Castro y a nuestro Jurado de tesis, ya que fueron pilares para el cumplimiento de nuestra tesis.
- A nuestras familias, por haber sido la inspiración para seguir adelante y dar por finalizada esta etapa de nuestro camino, ya que nos apoyaron de forma incondicional hasta el último momento del proceso formativo.

## TABLA DE CONTENIDO

### CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.	Descripción del problema.....	3
1.2.	Enunciado del problema.....	3
1.3.	Justificación del problema.....	3
1.4.	Delimitación temporal-espacial- social.....	5
1.5.	Formulación de objetivos.....	5

### CAPITULO II. MARCO DE REFERENCIA

2.1.	Marco filosófico antropológico.....	7
2.2.	Marco Teórico.....	9
2.2.1.	Envejecimiento.....	9
2.2.1.1.	Cambios Fisiológicos.....	9
2.2.1.2.	Cambios Psicológicos.....	10
2.2.1.3.	Cambios Sociales.....	11
2.2.2.	Teorías del envejecimiento Biológico.....	12
2.2.2.1.	Teoría Genética.....	12
2.2.2.2.	Teoría de la disfunción celular.....	12
2.2.2.3.	Teoría orgánicas y sistemáticas.....	12
2.2.3.	Depresión.....	13
2.2.4.	Causas y Tratamientos de la depresión.....	19
2.2.4.1.	Factores biológicos de la depresión.....	20
2.2.4.2.	Ritmos biológicos.....	20
2.2.4.3.	Tratamiento biológico.....	20
2.2.4.4.	Medicamentos antidepresivos.....	21
2.2.4.5.	Terapia electroconvulsiva.....	21
2.2.4.6.	Tratamiento Psicológico.....	22
2.2.4.7.	Terapia interpersonal.....	22
2.2.4.8.	Tratamiento conductual.....	23
2.2.4.9.	Terapia cognitiva conductual.....	24
2.2.5.	Perspectivas de la depresión.....	26
2.2.5.1.	Perspectiva Psicoanalítica.....	26

2.2.5.2. Perspectiva conductista.....	27
2.2.5.3. Perspectiva Humanista Existencial.....	28
2.2.5.4. Perspectiva Social.....	28
2.2.6. Depresión en la tercera edad.....	29
2.2.7. Nivel Socioeconómico y la depresión.....	31
2.2.8. Hogares de ancianos en El Salvador.....	35
2.2.8.1. Hogar San Vicente de Paul.....	36
2.2.8.2. Asociación Agape de El Salvador.....	38
2.2.8.3. Asilo Zara Zaldívar.....	39
2.3. Marco conceptual.....	41
2.4. Marco Legal.....}	44

### **CAPITULO III. FORMULACION DE HIPOTESIS**

3.1. Hipótesis General.....	47
3.2. Hipótesis específicas.....	47
3.3. Matriz de Congruencias.....	49

### **CAPITULO IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

4.1. Diseño de la Investigación.....	52
4.2. Tipo de la Investigación.....	52
4.3. Población Muestra.....	52
4.4. Descripción de la Población.....	53
4.5. Diseño Muestral.....	53
4.6. Calculo del tamaño de la Muestra.....	53

### **CAPITULO V. RECOLECCION DE LOS DATOS**

5.1. Técnicas e Instrumentos de Investigación.....	54
5.2. Elaboración de instrumentos de investigación.....	54
5.3. Aplicación del Instrumento de investigación.....	56
5.4. Proceso de recolección de datos.....	56

<b>CAPITULO VI. ANALISIS DE LOS</b>	
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>57</b>
6.1. Resultados globales.....	58
6.2. Resultados por género.....	59
6.3 Nivel socio económico.....	61
<b>CAPITULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
Conclusiones.....	62
Recomendaciones.....	64
8. PROPUESTA.....	66
BIBLIOGRAFIAS.....	79
ANEXOS.....	81

## RESUMEN

Esta investigación que se realizó tiene como fin medir los estados de depresión existentes que se dan en la población del hogar de ancianos San Vicente de Paúl ya que en esta etapa de la vida es donde se dan los cambios de mayor incidencia del deterioro psicológico, social y físico, hecho que se manifiesta cuando el adulto presenta síntomas de depresión, otro aspecto que se tomó en cuenta fue la concatenación de la depresión con el nivel socioeconómico.

Para llevar a cabo este estudio incluimos la historia de la depresión, causas, tratamientos y las perspectivas que explican la depresión, los cambios que conlleva el envejecimiento, las teorías que explican el envejecimiento, la relación existente entre el nivel socioeconómico y la depresión, además damos una breve reseña sobre algunos hogares de ancianos en el salvador.

El tipo de estudio que realizamos fue no experimental descriptivo, tomando una muestra de 17 mujeres y 17 hombres y con una población total de 79 adultos mayores.

Explicamos las técnicas e instrumentos de investigación que utilizamos para llevar a cabo dicho estudio, la interpretación de estos, como se aplica el instrumento y el proceso para recolectar los datos, así como también el análisis e interpretación de los resultados por medio de gráficas y porcentajes.

Finalizamos con conclusiones y recomendaciones tanto para la institución como para la universidad, al mismo tiempo quisimos dejar una serie de técnicas psicológicas a la institución para combatir la depresión en los ancianos.



## INTRODUCCION

La investigación que se realizó tiene como fin medir los estados de depresión existentes que se dan en la población del hogar de ancianos San Vicente de Paúl ya que en esta etapa de la vida es donde se dan los cambios de mayor incidencia del deterioro psicológico, social y físico, hecho que se manifiesta cuando el adulto presenta síntomas de depresión, otro aspecto que se tomó en cuenta fue la concatenación de la depresión con el nivel socioeconómico.

En el capítulo 1 abordamos el planteamiento del problema, iniciando con la descripción de este, que es la depresión del adulto mayor institucionalizado en el hogar de ancianos de san Vicente de Paul, así como también delimitamos el tiempo en el que realizamos el estudio, hablamos de los niveles de depresión existentes en la población y justificamos para quien es importante dicho estudio, finalizamos con los objetivos generales y específicos de dicha investigación.

El capítulo 2 trata del marco de referencia, este es el cuerpo de todo el estudio, tomamos en cuenta la historia de la depresión, causas y tratamientos para esta y las perspectivas que explican la depresión, los cambios que conlleva el envejecimiento, las teorías que explican el envejecimiento, la relación existente entre el nivel socioeconómico y la depresión y como punto final damos una breve reseña sobre algunos hogares de ancianos en el salvador.

En el capítulo 3 hacemos la formulación de hipótesis general y específica las cuales tenemos que comprobar al finalizar el estudio y se anexa la matriz de congruencia.

El capítulo 4 trata sobre la metodología de investigación, el tipo de estudio que realizamos fue no experimental descriptivo, tomando una muestra de 17 mujeres y 17 hombres y con una población total de 79 adultos mayores, la muestra fue tomada dependiendo de la disponibilidad de personas ya que no todos los ancianos están en condiciones para colaborar en el estudio.

El capítulo 5 explica las técnicas e instrumentos de investigación que utilizamos para llevar a cabo dicho estudio, la interpretación de estos, como se aplica el instrumento y el proceso para recolectar los datos.

En el capítulo 6 plasmamos el análisis e interpretación de los resultados por medio de gráficas y porcentajes.

En el capítulo 7 las investigadoras hacen las conclusiones y recomendaciones para la institución y la universidad.

El capítulo 8 trata sobre unas propuestas de técnicas psicológicas que le dejaremos a la institución para combatir la depresión en los ancianos.

La vejez es un período vital que comienza a los 65 años (Papalia y Wendkos, 2001). Los gerontólogos dividen a los adultos mayores en esta etapa en dos bloques: los viejos-jóvenes (entre 65 y 74 años) y los viejos-viejos (a partir de los 75). Los ancianos también pueden clasificarse en ancianos sanos y "aquellos con una enfermedad que interfiere en el funcionamiento y precisa atención médica o psiquiátrica" (Kaplan y Sadock, 1998: 61). *En sí, la vejez es un proceso complejo influido por la herencia, la alimentación, la salud y diversos factores ambientales.*

# **CAPITULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### **1.1 Descripción del problema.**

Dentro de los trastornos psicopatológicos del anciano, los más frecuentes son los trastornos como la depresión, la ansiedad, el Alzheimer, etc. Entre ellos resalta la depresión, entendida como la sensación de sentir tristeza, decaimiento emocional, melancolía y pérdida de interés en las cosas que antes disfrutaba hacer. El diagnóstico de depresión en un adulto mayor debe ajustarse a los mismos criterios que para otras etapas de la vida. La depresión senil tiene una serie de rasgos diferenciadores, menor presencia de síntomas psíquicos como la tristeza y mayor presencia de síntomas corporales. La tristeza y el bajo estado de ánimo pueden manifestarse como apatía, algunos síntomas propios de la depresión pueden ser muy llamativos en el adulto mayor como la pérdida de peso por falta de apetito y el insomnio (UrsulaLehr, 1995)

**1.2 Enunciado del problema.** ¿Cuáles serán los niveles de depresión existentes en el adulto mayor institucionalizado en el Hogar de ancianos San Vicente de Paul de la Ciudad de San Salvador, en el segundo semestre del año 2011?

### **1.3 Justificación del problema.**

Esta investigación es de importancia porque da a conocer los niveles de depresión que podrían experimentar los adultos mayores institucionalizados. Ya que la vejez es un período vital que comienza a los 65 años (Papalia y Wendkos, 2001). Los ancianos también pueden clasificarse en ancianos sanos y "aquellos con una enfermedad que interfiere en el funcionamiento y precisa atención médica o psiquiátrica" (Kaplan y Sadock, 1998: 61). En sí, la vejez es un proceso complejo influido por la herencia, la alimentación, la salud y diversos factores ambientales.

Enriquece a todos los estudiantes de la Psicología ya que se hace uso de los conocimientos obtenidos tanto de la perspectiva de la Psicología Clínica como la Psicología social y también es de importancia para el hogar de ancianos San Vicente De Paul ya que les damos a conocer información más certera sobre los grados de depresión que existe en su población.

Los estados depresivos son los grandes causantes de reacciones suicidas ya que en todo deprimido existe un suicida en potencia. Se dice que hay depresión siempre que aparezca un fallo en el tono neuropsíquico, ya sea pasajero o perdurable. Se trata de un estado sintomático y no de una situación inherente. La depresión puede variar desde un ligero abatimiento hasta el estupor; en su forma más ligera, el anciano infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales.

En la depresión un poco más profunda hay una constante tensión desagradable; cada experiencia se acompaña de pena, y el enfermo puede estar temeroso, preocupado, angustiado, agitado o perplejo y padecer un sufrimiento físico o emocional (Martínez, 2003).

Las dolencias corporales, tales como cefalea, tensión cefálica, fatiga, falta de apetito, constipación y otras, son muy comunes, así como insomnio, ideas de culpa y autoacusación, y aparece la idea del suicidio (American Psychiatric Association, 1995).

En diversas investigaciones de la salud mental se ha demostrado que el "periodo previo al ingreso del anciano a las instituciones se presenta de forma crítica durante este tiempo se le presenta un episodio intenso de estrés e incertidumbre debido al miedo y expectativas hacia las condiciones y situaciones del lugar, ocasionando así tensiones internas en el adulto mayor (López, 2003) No es raro que junto a la tristeza la persona anciana deprimida note una sensación de inutilidad y baja

autoestima, por lo que piensan que no merece la pena pedir ayuda, o que el médico y la familia pueden emplear su tiempo en cosas mejores.

Ocurre también que sean los propios familiares o incluso el médico los que achaquen los síntomas de la depresión al propio envejecimiento, lo cual también impide hacer el diagnóstico y por tanto tratar la enfermedad.

#### **1.4 Delimitación temporal-espacial-social.**

Hogar de ancianos San Vicente De Paul, San Salvador, en los meses de Julio a noviembre del año 2011.

#### **1.5 Formulación de objetivos.**

a) Objetivo general:

Investigar los niveles de depresión en las personas adultas mayores que se encuentran institucionalizadas en el hogar ancianos San Vicente De Paúl de la Ciudad de San Salvador.

b) Objetivos específicos:

- Determinar si los niveles de depresión son más altos en las mujeres que en los hombres que se encuentran institucionalizados en el hogar de ancianos San Vicente de Paul en la Ciudad de San Salvador.
- Establecer la relación del estado depresivo con el nivel socio-económico de las personas adultas mayores que se encuentran institucionalizados en el Hogar de ancianos San Vicente De Paul en la Ciudad de San Salvador.

c) Alcances y limitaciones.

Alcance.

- Esta investigación se realizó en las instalaciones del hogar de ancianos San Vicente De Paul, ubicado en la Ciudad de San Salvador.

- Esta investigación nos permitió poner en práctica y ampliar los conocimientos obtenidos en las áreas de psicología clínica y psicología social

#### Limitaciones.

- Cierta grado de deterioro cognitivo en las personas a las que se aplicó el instrumento.
- Relativa de comprensión verbal de los participantes.
- Deterioro de la salud física de los participantes.
- Falta de colaboración por parte del personal administrativo.
- Restricción de horarios para la aplicación del instrumento.

## **CAPITULO II**

### **MARCO DE REFERENCIA**

#### **2.1 Marco Filosófico Antropológico**

La depresión (del latín depressus, abatimiento) es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tiene constancia. A lo largo de la historia se evidencia su presencia a través de los escritos y de las obras de arte, pero también, mucho antes del nacimiento de la especialidad médica de la psiquiatría, también es conocida y catalogada por los principales tratados médicos de la antigüedad. El origen del término melancolía se encuentra, de hecho, en Hipócrates, hasta el año 1725 en el que el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión.

Hasta el nacimiento de la psiquiatría científica, en pleno siglo XIX, se da a conocer su origen y tratamientos, como el del resto de los trastornos mentales, basculan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música, etc), pero con el advenimiento de la biopsiquiatría y el despegue exitoso de la farmacología pasa a convertirse en una enfermedad más.

De hecho el éxito de los modernos antidepresivos (especialmente la fluoxetina, más conocida por uno de sus nombres comerciales: Prozac, y rebautizada como píldora de la felicidad) ha reforzado el mito del fármaco de la sociedad occidental del siglo XX. La medicina oficial moderna considera cualquier trastorno del humor que disminuya el rendimiento en el trabajo o limite la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea o no conocida, como un trastorno digno de atención médica y susceptible de ser tratado mediante farmacoterapia o psicoterapia.

El origen del vocablo depresión se encuentra en la expresión latina de depressio (opresión, abatimiento). Su uso se registra por primera vez en Inglaterra en el siglo XVII. Richard Blackmore, médico de Guillermo III de Inglaterra y poeta, habla en 1725 de estar deprimido en profunda tristeza y melancolía. Robert Whytt, 1764, relaciona depresión mental con espíritubajo, hipocondría y melancolía.

En 1808 Hacia el siglo XIX el término depresión va ganando terreno y se usa junto al de melancolía para designar a la enfermedad, mientras este último término siguió conservando su uso popular y literario. Wilhem Griesinger empleó por primera vez el término estados de depresión mental como sinónimo de melancolía.

Emil Kraepelin la designa como locura depresiva en una de sus clasificaciones, sin abandonar el término melancolía para nombrar la enfermedad, y manteniendo depresión para referirse a un estado de ánimo; afirmaba que las melancolías eran formas de depresión mental, expresión que se le atribuye.

Adolf Meyer propuso abandonar el término melancolía y sustituirlo por el de depresión (Jackson, Stanley W.1989)



## **2.2 Marco Teórico.**

### **2.2.1 Envejecimiento**

En el año 1880 el alemán Otto Von Brismark creó el concepto de adulto mayor de 65 años a la persona que debe recibir beneficio social. En la actualidad se define como adulto mayor de 65 años a personas con cambios biológicos y cronológicos acorde a la edad y que mentalmente sea sano.

Existen numerosos factores que influyen en el proceso de envejecimiento y que afectan a diferentes ámbitos del desarrollo humano como son la parte biológica, psicológica y social.

#### **2.2.1.1. Cambios Fisiológicos**

La parte biológica se relaciona con los procesos fisiológicos celulares y estado físico de la persona en su totalidad. Diferentes partes del cuerpo están de hecho en diferentes edades. En la especie humana se puede distinguir una serie de cambios que son similares: los niveles molecular y celular disminuyen su ritmo de renovación, el sistema inmunológico se vuelve más sensible, en muchas ocasiones la variedad y cantidad de anticuerpos no resultan suficientes, motivo por el cual son más frecuentes las infecciones. El sistema óseo muscular pierde consistencia (tendencia a la osteoporosis) y fuerza por lo que afecta la coordinación y ritmo de los movimientos.

Muchos adultos mayores se encorvan y mueven muy poco sus extremidades superiores como inferiores, prácticamente arrastran los pies al caminar y suelen auxiliarse con un bastón, andadera o el brazo de otra persona. Esto es consecuencia de la disminución de las capacidades de desplazamiento del individuo, así como en su desenvoltura locomotora. (K. Warnerschaie, 2003)

En cuanto a los órganos de los sentidos, se observa una disminución de la capacidad de rendimiento de aquellos vinculados a funciones sociales de la Vista y del oído, lo que puede, según la predisposición individual, contribuir a la desconfianza, temor al ambiente y al aislamiento a fin de no mostrar la existencia del defecto. El flujo de corriente sanguínea y de oxigenación que llega al cerebro, tiende a disminuir, motivo por el cual algunas personas presentan arteriosclerosis, disminuye la presión sanguínea, esta disminución puede conllevar a lesiones cerebrales.

Otros factores que se presentan son los mareos y fatigas y fundamentalmente trastornos en la memoria inmediata. Disminuye también la capacidad respiratoria y del aparato gastrointestinal, lo que causa frecuentemente la aparición de estreñimiento.

Las primeras alteraciones neurológicas se manifiestan a nivel de los receptores sensoriales, engendran dificultades de concentración, conceptualización y de la función amnésica, atención, memoria (les es difícil recordar sucesos recientes, mientras mantienen frescos sus episodios pasados. Otro punto importante es la alteración del ritmo del sueño, el insomnio y el sueño interrumpido frecuentemente son muy comunes en los adultos mayores.

Otro factor que se les presenta son problemas de equilibrio y orientación donde existe una disminución de elasticidad lo que aminora la realización psicomotriz, tanto en el plano cualitativo como cuantitativo. Su piel esta arrugada y seca, su musculatura flácida; las uñas se vuelven quebradizas y secas y sus cabellos encanecen y caen fácilmente.

### **2.2.1.2. Cambios Psicológicos.**

El factor psicológico por el que pasan los adultos mayores se refiere a los roles y posiciones en el contexto social. Muchas de las características particulares de cómo se desarrolla en esta etapa dependerá de cada individuo, de los aprendizajes, del estilo de vida que ha llevado en los años previos y de las actitudes y expectativas hacia la última etapa de la vida.

El envejecimiento psicológico se refiere a los cambios de los patrones emocionales, cognitivos y mentales al desarrollar, madurar y envejecer. La edad psicológica es flexible y muy personal, no hay dos personas que tengan la misma edad psicológica pues no hay dos personas que hayan experimentado las mismas experiencias, de la misma forma y en la misma etapa de la vida.

En esta etapa hay una disminución de la fluidez de los procesos del pensamiento, disminuye la facilidad para adquirir nuevos aprendizajes, pero se solidifican los logrados. La creatividad y la producción en esta etapa de la vida son más lentas, pero más elaboradas, más enriquecidas. Con respecto a la vida emocional, la afectividad se modifica y según las características personales del sujeto se puede observar tanto una irritabilidad y egoísmo o una mayor tolerancia.

### **2.2.1.3. Cambios Sociológicos**

Este es uno de los factores donde cambia su estilo de vida, comienza con la llegada de la jubilación, lo cual hace que las personas se sientan incapaces y sin responsabilidades sociales.

Los adultos mayores tienen que afrontar la pérdida del rol social, dejar de ser miembros activos de la sociedad, retirarse del ámbito laboral para pasar a ser

jubilado o pasivo. Si a estas pérdidas se unen las pérdidas de amigos y de la pareja, el momento vital del envejecimiento se hace más difícil de sobrellevar.

Todo este proceso esta a su vez atravesando por el contexto histórico social actual que se caracteriza por la tendencia a desvalorizar, sus producciones, sabiduría, creencias y tradiciones.

## **2.2.2. Teorías del Envejecimiento Biológico**

### **2.2.2.1. Teoría Genética.**

Sostiene que las células están programadas para morir (Kohn y Keskiöja 1992) que en otras palabras los límites de la vida son biológicos e inherentes a las células de que estamos compuestos o al colágeno, la materia proteínica que las mantiene cohesionadas.

### **2.2.2.2. Teorías de la disfunción celular**

- Teoría del error celular: postula que con el paso del tiempo se dan cambios genéticos (ADN) de modo que la célula deja de funcionar, los daños del ADN.
- Teoría de la disfunción tóxica celular: Sostiene que hay una acumulación paulatina de materia extraña en la célula, al principio sus cantidades son insuficientes pero por ser venenosas trastornan la función celular y con el tiempo se acumula hasta que la célula muere.
- Teoría de los radicales libres: Argumenta que a veces se desprenden partes de la célula durante el metabolismo normal. Muchos de estos radicales libres son compuestos químicos muy inestables que reaccionan con diversas enzimas y proteínas del cuerpo y trastornan la capacidad de la célula de funcionar normalmente (Harman, 1993)

### **2.2.2.3. Teorías Orgánicas y Sistemáticas:**

Especulan que varios sistemas y aparatos del organismo sufren con la edad cambios que al cabo interrumpen o trastornan su funcionamiento. Estas teorías postulan que el envejecimiento es el resultado de la disminución de la eficacia de los sistemas que controlan la temperatura, las concentraciones de azúcar en la sangre, etc.

Quizás la más conocida de estas teorías es la teoría de la supresión del sistema inmunológico, que es el sistema que nos defiende de los agentes invasores, este sistema se debilita con el tiempo y ya no nos protege de las enfermedades e infecciones, al mismo tiempo comete errores y toma por invasoras algunas células propias "autoinmunidad", produce anticuerpos que atacan al propio cuerpo (Gordon y Bacon, 1994)

### **2.2.3. Depresión**

El término depresión cubre una variedad de cambios en los estados de ánimo negativos y en la conducta. Algunas fluctuaciones en el estado de ánimo son normales y otras coinciden con la definición de los problemas clínicos. El cambio de estado de ánimo puede ser temporal o duradero. Puede abarcar desde un sentimiento de melancolía relativamente menor hasta una visión profundamente negativa del mundo y una incapacidad para funcionar en forma eficaz.

Según el DSM IV-TR la depresión se clasifica en: Episodio depresivo mayor, Trastorno depresivo mayor episodio único, Trastorno depresivo mayor recidivante, Trastorno distímico.

### **Criterios para el episodio depresivo mayor:**

**A.** Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdidas de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. insomnio o hipersomnia casi cada día
5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. fatiga o pérdida de energía casi cada día

**7.** sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

**8.** disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

**9.** pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

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

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

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

**E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

**Criterios para el diagnóstico de F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2)**

**A.** Presencia de un único episodio depresivo mayor.

**B.** El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

**C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

0 Leve

1 Moderado

2 Grave sin síntomas psicóticos

3 Grave con síntomas psicóticos

4 En remisión parcial/en remisión total

9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos



De inicio en el posparto

**Criterios para el diagnóstico de F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3)**

**A.** Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

**B.** Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

**C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

0 Leve

1 Moderado

2 Grave sin síntomas psicóticos

3 Grave con síntomas psicóticos

4 En remisión parcial/en remisión total

9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación inter episódica)

Con patrón estacional

### **Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico (300.4)**

**A.** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

**B.** Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito
2. insomnio o hipersomnia
3. falta de energía o fatiga
4. baja autoestima
5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. sentimientos de desesperanza

**C.** Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

**D.** No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

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

**F.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

**G.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

**H.** Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad. Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico): Con síntomas atípicos

#### **2.2.4. Causas y tratamiento de la Depresión**

Muchas veces se desencadena seguida de eventos de vida estresantes, pero no todas las personas que lo experimentan se deprimen, además la depresión también puede suscitarse después del éxito personal. (report of the surge on general, 1999)

##### **2.2.4.1 Factores Biológicos en la Depresión.**

Es evidente que la depresión está relacionada con factores bioquímicos. La falta o la insuficiencia de ciertos neurotransmisores químicos en regiones particulares del cerebro se relacionan con la depresión, se sabe que otros neurotransmisores juegan un papel importante. Entre ellos está el ácido gama-amino butírico (usualmente llamado GABA) y acetilcolina.

##### **2.2.4.2. Ritmos Biológicos.**

El estudio de los ritmos biológicos puede ser otra forma de recopilar información sobre la depresión. Durante mucho tiempo, se ha reconocido los ritmos circadianos, ritmos regulares diarios en el funcionamiento de los seres humanos y otros animales. Los cambios estacionales también influyen en los ritmos biológicos. El trastorno afectivo estacional (SAD), es un tipo de depresión relacionada con ritmos estacionales, más que con ritmos diarios.

Algunos ritmos circadianos (como la temperatura corporal y la actividad durante el sueño) por lo general están sincronizados de modo que sus puntos más elevados ocurren al mismo tiempo. Cuando estos ritmos pierden la sincronización, se presentan otros cambios. Los investigadores de la depresión están interesados en la forma en que los ritmos biológicos afectan el sueño, ya que las alteraciones de este son frecuentes en personas deprimidas, quienes tienden a presentar problemas para conciliar y mantener el sueño.

### **2.2.4.3. Tratamientos Biológicos.**

La investigación básica sobre los compuestos químicos que modifican la acción de los neurotransmisores y sobre los cambios en la actividad cerebral que acompañan a la depresión han dado como resultado dos enfoques importantes de tratamiento con base biológica: medicamentos antidepresivos y terapia electroconvulsiva. El uso de medicamentos antidepresivos es mucho más común.

### **2.2.4.4. Medicamentos Antidepresivos.**

Los antidepresivos han ayudado a millones de personas, y tal vez 35-45% de aquellas que los toman experimentan un alivio completo de sus síntomas. Sin embargo, a millones más, tal vez 55-65% no les ayuda o solo les ayuda en menor grado. Hay tres grandes categorías de antidepresivos: inhibidores de la mono amino oxidasa (MAOI), antidepresivos tricíclicos (TCA), e inhibidores selectivos de la reabsorción de serotonina (SSRI).

Uno de los problemas que se presentan cuando se trata de un episodio severo de depresión con antidepresivos es el tiempo que pasa entre el inicio de su uso y los primeros signos de mejoría en el estado de ánimo del paciente. Pueden pasar varias semanas antes de que se note su avance. Si hay preocupación por un suicidio, una espera de tres semanas o más puede representar un gran riesgo.

En esas situaciones o en caso de que las drogas no sean eficaces, la terapia electroconvulsiva puede ser el tratamiento adecuado ya que produce un efecto más rápido.

### **2.2.4.5. Terapia Electroconvulsiva. (TEC)**

Consiste en producir una serie de breves crisis generalizadas al pasar una corriente por la cabeza del paciente, utilizando dos electrodos colocados en el cuero

cabelludo. Un tratamiento de TEC típico implica 6-12 sesiones con aproximadamente 3 sesiones por semana. Aunque no está clara la forma precisa en la que la TEC afecta el proceso de la depresión, produce cambios en el cerebro, en especial en la actividad del hipotálamo (Fink, 1999, 2000) El tratamiento más eficaz para la depresión severa es la TEC y la depresión estudiada que no ha respondido al uso de antidepresivos.

Sin embargo, solo alrededor de la mitad de los casos de depresión estudiados que no respondieron a los antidepresivos si lo hicieron con la TEC. Este tratamiento también es eficaz para tratar la depresión severa en la que existe una gran cantidad de pensamientos delirantes, y para los que no se puede identificar un evento o eventos que lo precipitaran.

#### **2.2.4.6. Tratamiento Psicológico**

Existe investigación considerable que muestra que, por lo general, la Psicoterapia da como resultado porcentajes más bajos de recaída que los tratamientos médicos (Sammons y Schmidt, 2001). Esta elevada prevención de recaída se podría atribuir a los cambios duraderos en los patrones cognitivos y conductuales, resultado de la psicoterapia. Esta técnica se utiliza ya sea sola o con terapias biológicas (antidepresivos y TEC) para tratar los trastornos de estado de ánimo.

Los teóricos del psicoanálisis sugieren que estos episodios clínicos de depresión se presentan porque los eventos que la provocan, reviven veladamente en la consciencia, y amenazan la idea de sí mismo y de los demás que se basan en las experiencias traumáticas de la infancia y eventos estresantes externos agudos en la edad adulta se relacionan con la aparición de un episodio depresivo mayor, dado a ello existen dos ingredientes en la terapia psicodinámica, la expresión de sentimientos y emociones reprimidas, y el apoyo que proporciona el terapeuta podrían ser especialmente importantes para lograr resultados terapéuticos positivos.

Existe cierta evidencia que la combinación de estos dos factores a veces produce beneficios imprevistos para recuperarse de la depresión (Tang y Cols, 2002)

#### **2.2.4.7. Psicoterapia Interpersonal (PTI)**

Se desarrolló inicialmente para prevenir la recaída después de un episodio agudo de depresión que había sido tratado con antidepresivos. Desde ese momento se ha convertido en una intervención psicoterapéutica muy investigada, útil tanto en el tratamiento de la depresión aguda como prevención de recaída de quienes se están recuperando de un episodio depresivo mayor (Stuart y O'Hara, 2002; Swartz y Cols, 2002)

La PTI, ayuda a una persona deprimida a resolver problemas que pueden tener con otras personas. Dichos problemas pueden incluir disputas, sentirse aislados, cambio de papeles o lidiar con dolor después de perder a un ser amado. Los terapeutas interpersonales, están interesados en a) los detalles de las relaciones interpersonales del paciente, b) la exploración de sus opciones para lidiar con problemas interpersonales.

Esta psicoterapia se enfoca en enseñar a las personas a ser más eficaces socialmente como una forma de mejorar sus relaciones con las personas que aman. Integra la perspectiva psicodinámica (que destaca la experiencia de la infancia), tanto con la perspectiva cognitivo conductual (que hace hincapié en los estresantes psicosociales actuales, como los conflictos maritales crónicos) como con la evidencia basada en la investigación para conectar las dificultades en el ambiente social inmediato con la aparición de la depresión.

La PTI funciona bien cuando se usa en conjunto con antidepresivos y se ha demostrado que es eficaz tanto para disminuir los síntomas depresivos como para prolongar el periodo de remisión en el caso de personas con antecedentes de

depresiones recidivantes (Stuart y O'hara, 2002). En la actualidad con la terapia cognitivo conductual la PTI es una de las terapias psicológicas más eficaces utilizadas para tratar la depresión.

#### **2.2.4.8. Tratamiento Conductual de la Depresión**

Un enfoque conductual para solucionar este problema es mediante la capacitación en habilidades sociales. Esta consta de varias etapas: primero, a los clientes se le enseñan habilidades verbales y no verbales básicas. Una vez que estas han sido aprendidas, los clientes practican de manera gradual utilizando los principios básicos, después a los clientes se le asignan tareas en las cuales el objetivo es adaptarse a la nueva habilidad para que sea útil en el entorno diario.

También se les capacita para que sean más receptivos sobre las señales que emiten otras personas dentro del entorno y aprenden como cambiar su propia conducta en respuestas a ellas. Por último los clientes aprenden a adoptar criterios realistas para evaluar su desempeño y se les enseñan técnicas de auto refuerzo. Los terapeutas que utilizan el enfoque de la capacitación en habilidades sociales generalmente encuentran que funcionan bien con clientes deprimidos (Becker, 1990; Dowd, 2002).

#### **2.2.4.9. Terapia Cognitivo Conductual**

La terapia cognitiva ha sido utilizada de manera exitosa en combinación con antidepresivos. Las ideas cognitivas también se han integrado con las técnicas conductuales en el tratamiento de la depresión. La proporción de técnicas cognitivas y conductuales que se utilizan dependen de las capacidades y el grado de depresión del cliente, así como de las metas de la terapia.

En general entre más deprimido este el cliente es más probable que el terapeuta utilice técnicas conductuales al comenzar el proceso del tratamiento se le enseña a los clientes a que ellos monitoreen sus experiencias que observen lo que les causa



placer y sentimiento de dominio y que deteriora su estado de ánimo con base a esta información, se les puede asignar tareas graduales para ayudar a aumentar su motivación para ocuparse en actividades o situaciones que pueden ser potencialmente gratificantes.

El termino terapia cognitivo conductual (TCC), se utiliza para referirse a la fusión de estos enfoque psicológicos. El objetivo principal de TCC en personas deprimidas consiste en ayudarlas a pensar de manera más adaptada y como resultado, experimentar cambios positivos en su estado de ánimo, mediante TCC se les enseña a los pacientes a monitorear y registrar sus pensamientos negativos.

Se hace especial hincapié en los pensamientos automáticos, ideas recurrentes que llegan a la mente de la persona casi como habito más que como una respuesta específica a lo que sucede en ese momento para que la TCC sea eficaz el cliente debe aprender a identificar esos pensamientos automáticos en el momento que ocurren.

Los terapeutas utilizan varias técnicas para ayudarlos a identificar estos pensamientos incluyendo preguntas directas, estos pensamientos son importantes porque son la conexión entre un evento externo y la reacción del cliente ante este, sin embargo, debido a que estos pensamientos ocurren tan rápidamente y con tanta frecuencia, por lo general pasan inadvertidos.

Después de que le cliente sabe identificar estos pensamientos, se le pide que mantenga un registro diario de ellos, el registro incluye notas sobre situaciones, emociones, pensamientos automáticos y el resultado. Después, el cliente y el terapeuta utilizan los registros para abordar estos pensamientos como una hipótesis comprobable de esta manera el cliente aprende que su punto de vista de la realidad puede ser bastante diferente de la realidad en sí.

El terapeuta puede ayudar a cambiar el pensamiento disfuncional y de esta manera aliviar la depresión, al desafiar parte del sistema de creencias del cliente. Las

sesiones de TCC. Tienden a ser activas, estructuradas y enfocadas en problemas específicos.

Por lo regular implica realizar el estado de ánimo y síntomas de cliente en ese momento, establecer una agenda para la sesión y revisar las tareas que fueron acordadas durante la sesión anterior, un análisis de los temas de la agenda, acuerdo sobre la nueva tarea y retroalimentación de la sesión. Regularmente esta terapia incluye alrededor de 16 sesiones y se presenta una mejoría por lo menos en la duodécima sesión, con frecuencia los clientes regresan por sesiones de estímulo durante el primer año.

## **2.2.5. Perspectivas de la Depresión**

### **2.2.5.1. Perspectiva Psicoanalítica.**

Sigmund Freud (1915/1957) fue el primero que relacionó la depresión con la pérdida y vinculó como el luto habitual. La persona afligida por la muerte de otra interioriza las cualidades que se convierten en parte del propio yo del afligido.

Según Freud, el luto normal se convierte en depresión cuando el superviviente tiene unos sentimientos negativos inconscientes hacia la persona perdida.

Estos sentimientos negativos también se interiorizan, que da como resultado que la persona dirige hacia sí misma esos sentimientos de enojo no resueltos que antes reservaba para el difunto. "La muerte de una persona a la que se quiere y a la vez se odia, el enojo se adentra en uno mismo para convertirse en auto-odio".

Las ideas psicoanalíticas actuales sobre la depresión se centran en la pérdida de las "figuras del apego". Las personas corren el peligro de deprimirse cuando son adultas si la relación entre padres e hijo fue rigurosa en sus primeros años (J. Bowlby, 1980). Cuando el infante es abandonado o separado de sus padres. Es posible que haya sido una persona emocionalmente cerrada. Según esta teoría, en todos los casos en

que no se puede contar con los padres, el hijo corre el riesgo de padecer depresión en la vida adulta.

Los psicoanalistas creen que las pérdidas en la infancia causan sentimiento de fracaso, inadaptación y desconfianza que dañan la capacidad para desarrollar relaciones satisfactorias en la madurez. Las pérdidas actuales recuerdan los primeros traumas y de este modo producen una respuesta exagerada (Bemporad, 1990).

Según Edward Bibring (1953), en las personas propensas a la depresión, cualquier pérdida produce una situación de "indefensión del ego". Cuando la persona se siente indefensa y sin esperanzas, se deprime. Este énfasis en la indefensión y la desesperanza también es una característica destacada de las ideas conductistas sobre la depresión.

#### **2.2.5.2. Perspectiva Conductista**

A principios de los años setenta, el psicólogo Martin Seligman observó que los perros sometidos a descargas eléctricas de las que no podían escapar se volvían apáticos, parecían tristes y eran incapaces de reaccionar y moverse con rapidez. Martin pensaba que había dado con el modelo que explicaba cómo se desarrolla la depresión humana. Así pues de pérdidas inevitables, las personas llegan a pensar que están indefensas o que son incapaces de controlar su destino.

Esta indefensión aprendida afecta a su visión del mundo y a su forma de comportarse. Se hacen apáticas, retraídas y desesperadas "se deprimen". Seligman y sus colegas sugieren que las personas se deprimen debido a las pérdidas y fracasos.

Los individuos propensos a la depresión tienen un estilo explicativo pesimista. En lugar de considerar que los hechos negativos son algo pasajero, situacional y

extrínsecos al propio yo, interpretan los fracasos bajo una luz global, personal e inmutable (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). Según Peter Lewinsohn, el proceso depresivo se pone en marcha cuando se desbaratan los modelos de conducta "según el guión" que son un gran refuerzo.

En la vejez, estas perturbaciones se pueden producir cuando se obliga a las personas a jubilarse de un trabajo que les encanta o dejar una actividad que les guste debido a problemas de salud. Entonces, el individuo se retrae, con lo que disminuye aún más la frecuencia de los hechos reforzadores. Según este esquema conductista tradicional, es simplemente la falta de refuerzos adecuados o de experiencias agradables lo que produce los síntomas depresivos (Hoberman y Lewinsohn, 1989).

Cada una de estas teorías explica perfectamente las elevadas tasas de depresión entre personas mayores y ancianas internada ya que las condiciones de vida de estos segmentos de la población mayor personifican la máxima carencia de vinculación humana, la falta de refuerzos y la pérdida del control personal.

### **2.2.5.3. Perspectiva Humanista Existencial**

Los teóricos hacen su enfoque hacia la pérdida de la autoestima. Lo que se pierde puede ser real o simbólico, pero la pérdida en sí no es tan importante, lo importante es la autoevaluación que se hace de la situación. Otros dicen que es posible que la depresión surja cuando se hace demasiado grande la forma de la realidad, con la forma en que se ve. Esto se puede ver en las personas que tienen grandes aspiraciones o metas profesionales y tratan de cumplir con muchos papeles a la vez, se verán afectadas durante el proceso por no poder llegar a llenar todas las expectativas que se tenían programadas.

#### **2.2.5.4. Perspectiva Social**

Se postula que la depresión se debe a la baja tasa de refuerzo contingente con las actividades realizadas por el sujeto; así, la depresión es el resultado de una escasa participación de la persona en actividades reforzadas por otros o intrínsecamente reforzantes.

La falta de refuerzo positivo conduce a un decremento en la emisión de respuestas, así como la aparición de un estado de inestabilidad del humor, con malestar y ansiedad, fatiga, culpa y poca actividad. Al mismo tiempo proponen que la cantidad total de refuerzos positivos que recibe el sujeto y que causa su depresión depende de la disponibilidad de refuerzo de su medio circundante, el repertorio básico de conductas que posea el sujeto para obtener refuerzos disponibles

También se propone la teoría de la indefensión aprendida basada en la experimentación animal, que las personas que experimentan ausencia de control sobre las consecuencias de su conducta aprenden a verse a sí mismas como indefensas, al mismo tiempo que desarrollan síntomas depresivos. Los síntomas de depresión a los que hace referencia este modelo son los siguientes: alta latencia en la emisión de respuesta voluntaria, pasividad como consecuencia de déficit cognoscitivo.

Las relaciones familiares se ven afectadas a causa que la persona ha tenido independencia durante su vida de jóvenes y al llegar a cierta edad tiene que depender de otras personas debido a los problemas naturales de la edad. La independencia se tomará seguramente para reafirmarse como individuos, también en otros casos se podría tomar como una forma de negación del estado real de sus deficiencias lo cual puede perjudicar para recibir la ayuda necesaria por lo cual la ayuda en algunos casos no es recibida.

Otro de los motivos por lo que las relaciones se ven afectadas, es que en la actualidad existe un problema de estabilidad familiar, en otros tiempos los adultos mayores eran vistos como personas a las cuales se les tenía que respetar y se les consideraba como sabios; pero debido a la desintegración de las familias, los adultos mayores tienen el problema de comunicarse con sus hijos y mucho mayor problema de ser entendidos y de entender a sus nietos. Así terminan por romper las relaciones familiares creando con esto un resentimiento y aislamiento.

Otro factor social que afecta y ayuda a que el adulto mayor entre en períodos de depresión es la jubilación ya que en algunos casos es un retiro forzoso, esto es visto como un comienzo a su decadencia, creando un pensamiento de problemas en su valor y eficiencia personal aunque no sea así.

#### **2.2.6. Depresión en la Tercera Edad.**

La depresión en pacientes mayores de 65 años se puede manifestar con un simple estado anímico de tristeza, pesimismo superficial o puede evidenciar los niveles más profundos de melancolía. El problema depresivo puede aparecer en todas las edades, pero se observa con mayor frecuencia en el período de algún cambio de vida de las personas de distinta manera.

Se presenta levemente en casi todas las neurosis, bajo sentimientos de inferioridad o de culpa. El desencadenante de esta afección frecuentemente se desarrolla a partir de un shock emocional, el cual podría ser causado por infidelidad de uno de la pareja, sentimientos de abandono, muerte de un familiar, pérdida de empleo y otros. También de una situación de conflicto, como frustraciones, resentimientos familiares, pérdidas de bienes económicos.

La depresión ha sido precedida de circunstancias somáticas debilitantes, enfermedades infecciosas, intervenciones quirúrgicas; sin embargo también puede ocurrir que un estado depresivo se presenta sin etiología conocida.

En cuanto al estado de ánimo la persona se torna preocupada, sombría; su actividad profesional se hace lenta. Generalmente se desenvuelve en una forma depresiva conforme va agravando su enfermedad, hasta que llega a un completo estado de inactividad, al que generalmente precede una ruptura del comportamiento habitual de la persona. El problema de la depresión en las personas de avanzada edad no siempre se toma en cuenta como problema, ya que el bajo rendimiento en todas sus facultades es atribuido a un proceso natural por la edad.

Todas las personas han experimentado en su vida síntomas depresivos por problemas afectivos. Sin embargo en algunas etapas marcadas por los cambios o deficiencias personales aumentan el riesgo.

### **2.2.7. Nivel Socio-económico y la Depresión**

#### **El presente estudio utiliza como fuente la Encuesta Bi-centenario UC-Adimark (Chile)**

A lo largo de la historia del ser humano, existen investigaciones que pueden enriquecer este tema de las clases sociales que actualmente en los países desarrollados se conocen como Nivel o Estratificación socio-económico. Por tanto en esta investigación se ha tomado en cuenta que Clases Sociales es un Grupo que forma parte de un sistema de clases, es un tipo de estratificación social en el que la posición social de un individuo se determina básicamente por criterios económicos. El sistema de clases es típico de las sociedades industriales modernas.

En este tipo de sociedades se reconoce que existe además una mayor movilidad social que en otros sistemas de estratificación social. Es decir, se reconoce que todos los individuos tienen la posibilidad de escalar o ascender en su posición social por su mérito u otro factor.

Lo cual significa un quiebre con una organización testamentaria donde cada persona está ubicada según la tradición en su lugar. Sin embargo, no se cuestiona el sistema de desigualdad en sí mismo.

La clase social a la que pertenece un individuo determina oportunidades de vida en aspectos que no se limitan a la situación económica en sí misma, también las maneras de comportarse, los gustos, el lenguaje, las opiniones e incluso las creencias éticas y religiosas suelen corresponderse a las del estatus social o (posición social) a la que pertenece el mismo.

No existe un estudio de nuestro conocimiento que se haya realizado una investigación comparativa de nivel socio-económico con depresión, sin embargo es de importancia para enriquecer este tema que como objetivo lleva como fin establecer la relación del estado depresivo con el nivel socio-económico de las personas adultas mayores que pertenecen a la muestra participante.

Según Marx en la medida en que millones de familias viven bajo condiciones económicas de existencia que las distinguen por su modo de vivir, por sus intereses y por su cultura de otras clases y las oponen a éstas de un modo hostil, aquéllas forman una clase. Por cuanto existe entre los campesinos parcelarios una articulación puramente local y la identidad de sus intereses no engendran entre ellos ninguna comunidad, ninguna unión nacional y ninguna organización política, no forman una clase (el 18 Brumario de Luis Napoleón, Marx 1852. Pág. 177).

- Cuadro comparativo de las clases sociales de forma específica.

Ítem	Clase alta	Clase media	Clase baja
Composición familia	Alta proporción de casados  Promedio de hijos: 1,6	Mayor proporción de separados y convivientes	Mayor proporción de separados y convivientes



	Permanecen más tiempo en el hogar paterno	Promedio de 2 hijos  Temprana independencia del hogar paterno	Promedio de 2 hijos  Temprana independencia del hogar paterno
Ocupación	La mayoría alcanza estudios superiores	Proporción pronunciada de dueñas de casa	Proporción pronunciada de dueñas de casas y e inactivos.
Educación	Alta proporción de mujeres que trabajan	La mayoría alcanza educación media completa o universitaria incompleta	La mayoría no termina su educación escolar
Bienes	Promedio de 9,5	Promedio de 7,7	Promedio de 5,3

Este cuadro fue extraído de: Beck, U.(2000). «Living your own life in a runaway world. Individualization, globalization, and politics». En GiddensA. y Huttonn eds. Global Capitalism New York, The New Press

Otro de los problemas que se puede ver es el suicidio. Como motivo se señala el estado de ánimo deprimido y la propia vejez, identificado por cambios en la conducta personal y la senectud. Se puede originar por la soledad y el bajo nivel económico. En estudios realizados se ha podido comprobar que el nivel social y económico tiene

relación con el suicidio. En algunos casos el suicidio se da después de la jubilación, por motivos somáticos y el aislamiento social. Una característica de las personas que se quitan la vida es el exceso de pasividad, una pérdida de relaciones sociales y un interés reducido.

Para las personas de la tercera edad resulta problemático resolver situaciones que consideran con exceso de carga. Los problemas de la moralidad son algo frecuentes en ellos, así como el problema de la afectividad. Otro de los factores que enfrentan es la manera distinta que tienen de pensamiento y actuación en el medio que los rodea; no encuentran una manera de dar un discurso en cuanto a los valores y se tornan en señalamientos negativos. La diferencia existente en el papel de la mujer en cuanto a la actividad y comportamiento que realizaba antes y que realiza en la actualidad es criticada por las personas de la tercera edad, así como la irresponsabilidad y desorden que presentan los varones.

Los hábitos alimenticios también se ven modificados en la actualidad, en comparación con los que ellos adquirirían en tiempos pasados.

- **REALIDAD PSICOSOCIAL DE LAS CLASES SOCIALES**

Según Ignacio Martín Baro en su libro *Acción e Ideología*, dice que la clase social constituye la unidad de análisis fundamental en la comprensión de los fenómenos y procesos sociales. Sin embargo parecen adquirir entidad propia y aun hacer innecesaria la referencia a la dimensión estructural de clase.

Esta reducción progresiva de la referencia social y más específicamente, de la referencia a la realidad de clase resulta muy llamativa en el análisis psicológico donde la mayoría de las veces los elementos psicológicos parecen agotar el sentido de los fenómenos estudiados. Los elementos característicos de la clase social según Marx son:

- a- el papel fundamental de los modos de producción existentes en cada sociedad: es el sistema de producción el que divide a las personas en grupos con intereses opuestos determinando las relaciones más importantes entre ellos así como sus modos de vida característicos.
  
- b- Las clases sociales solo existen en cuanto enfrentada unas a otras es decir, en cuanto se da una lucha de clase; si hay clases o grupos contrapuestos entre si es porque hay factores que dividen y oponen a la población; es el enfrentamiento histórico de intereses grupales el que define en cada formación social.
  
- c- La realidad de las clases sociales así como la pertenencia de un individuo a ella son hechos objetivos que no dependen en principio de la conciencia subjetiva de la persona.

El efecto de las clases sociales en el psiquismo humano puede concebirse por lo menos de tres maneras diferentes:

- 1- La clase social puede influir como un elemento individual más, una variable que diferencia a los individuos en manera semejante o los diferencia ya sea el género, raza o idioma.
  
- 2- El efecto de la clase social puede concebirse circunstancialmente, es decir, como si la clase social fuera una variable más del medio en el que el individuo tiene que moverse y actuar al flujo del campo o ciudad, hogar o escuela.
  
- 3- La clase social puede concebirse como una variable estructural, un factor que condiciona todas las demás variables (personales y ambientales), determinando el sentido y las relaciones entre todas ellas en cada situación concreta.

## **2.2.8 Hogares de ancianos en El Salvador**

Si bien es cierto que el término de institucionalización puede comprenderse en varios contextos, en esta investigación hacemos referencia a la institucionalización geriátrica, que es el establecimiento destinado fundamentalmente al alojamiento, para mantener el bienestar psíquico y social de la población de más de 65 años de edad, cuya situación de salud no altere o ponga en riesgo la normal convivencia.

Puede o no contar con atención médica y si la tiene la misma está destinada a verificar o controlar problemas de salud para la eventual derivación de quien los padece.

Estos servicios "brindan" alojamiento para mantener el bienestar físico, psíquico y social en salas, pabellones o sectores de los establecimientos asistenciales con internación general. (La familia del anciano institucionalizado, Rossjanki S. y Matusevich D). Tomando en cuenta hemos tratado de dar a conocer los hogares que se enfocan a la atención geriátrica para ellos detallamos a continuación:

### **2.2.8.1 Hogar de Ancianos San Vicente de Paul**

Este hogar es una institución al cuidado de personas de tercera edad, dándoles asistencia en sus necesidades desde hace 117 años. El día 28 de marzo de 1892, las primeras señoras de la caridad en San Salvador, se lanzaron prontamente a cumplir la misión que desde siglos se estaba desarrollando en todos los rincones del mundo, con muy pocos recursos comenzaron su obra, buscando en los barrios bajos de la capital a los necesitados de alimento, vestido y medicina, tanto espiritual como corporal, así se les visitaban periódicamente para poderse enterar de sus necesidades.

Se ocuparon de visitar a marginales llevándoles consuelo y víveres. Un mes después de su fundación fueron 15 sus socios contribuyentes que presentaron una cuota mensual, al poco tiempo se vieron en la necesidad de alquilar un pequeño mesón para atender a un número mayor de indigentes y poder mejorar la eficacia de su atención.

La asociación de las señoras de la caridad fue fundada por San Vicente de Paúl el 8 de diciembre de 1617, siendo el párroco de chantillón les Dome, en Francia, movido por el deseo de proveer las necesidades de los pobres, así enfermos como sanos y promover la santificación de sus miembros, mediante el servicio de Cristo en la persona del necesitado, es una entidad apolítica, sin fines de lucro, católica y que se rige por sus estatutos y reglamentos.

**Visión:** Asistir y velar en todo momento para proporcionar al adulto mayor ingresado lo necesario para que pasen sus días en un ambiente de paz, amor y tranquilidad.

**Misión:** Proporcionar ayuda a las personas pobres, abandonadas y desprotegidas de la tercera edad, haciéndolo posible, gracias a la ayuda de las empresas y personas altruistas que nos dan su donación para cubrir las necesidades

#### **Actividades que desarrollan son de permanencia voluntaria**

- Oración en la mañana en la capilla, ubicada dentro de las instalaciones de la institución.
- Terapias grupales para desarrollar gimnasia geriátrica, actividades cognitivas y manualidades
- Cine vicentino por periodos de tres meses
- Celebración de cumpleaños por mes
- Paseos terapéuticos
- En cuaresma el vía crucis
- Celebración del día de la madre y del padre

- Celebración del mes de la independencia
- Convivencias sociales con grupos de la sociedad salvadoreña
- Hora Santa, día jueves

### **Las instalaciones y lo que proporciona**

- Para el desplazamiento de los ancianos la institución cuenta con un solo nivel de construcción, el cual es bastante amplio con jardines internos, corredores amplios.
- El área del comedor, habitaciones que cuentan con closet, cama, mesa de noche y su baño.
- Estacionamiento
- Clínica asistencial y de reposo.
- Es una estancia placentera en un lugar limpio y ordenado con servicios integrales de atención hacia la población adulta mayor
- Se ofrece asistencia espiritual, medica, fisioterapeuta, recreativa, alimenticia, asistencia social a familiares de los adultos mayores que se encuentran ingresados en este hogar.

### **2.2.8.2. Asociación AGAPE de El Salvador:**

El Hogar de Ancianos "Paz y Bien" es fundado en Sonzacate por el Padre Flavián Mucci en noviembre de 1985 como un complemento de los servicios prestados en el Comedor Abierto, con personas que generalmente provenían de zonas conflictivas, muchos de los desplazados principalmente eran de la tercera edad que se convirtieron en indigentes. La capacidad del hogar es de 90 personas, aunque actualmente atienden a 85 entre hombres y mujeres.

Los servicios que se brinda a los beneficiarios del Hogar de Ancianos, es permanente durante todo el año, comprendiendo, entre algunos servicios los siguientes:

- Alimentación
- Atención Médica en el programa, así como asistencia a consultas médicas de especialidad.
- Atención Odontológica.
- Educación en Salud, por medio de charlas sobre hábitos higiénicos, alimentación saludable, sesiones de fisioterapia individual y grupal.
- Atención Oftalmológica.
- Recreación.
- Asistencia a eventos de la Tercera Edad, excursiones, paseos, etc. Además, cuentan con permisos para salir a paseos con sus familiares y amigos.
- Apoyo Espiritual.
- Terapia Ocupacional. Cursos de manualidades, piñatería, cestas plásticas, etc. para que ellos desarrollen su potencial y su creatividad.
- Eventos Sociales, en los cuales se celebran cumpleaños, días festivos, etc.
- Este programa es sostenido por fondos de los diferentes programas productivos de la Asociación y por personas generosas que proveen de donaciones tanto en especie como en efectivo.

### **2.2.8.3. Asilo Sara Zaldívar:**

El Asilo Sara Saldivar nació a raíz de una reunión entre masones. Estos impulsaron la idea en una reunión en el año 1883. Estaba presente el entonces Presidente de la Republica, don Rafael Zaldívar, quien al regresar a su casa comento con su esposa Doña Sara de Saldivar, la situación. Ante esto, dono ella su casa de campo y se hicieron las remodelaciones necesarias para adecuar el lugar.

El 24 de Octubre de 1884, el asilo abrió sus puertas, y entre los requisitos para aceptar ancianos están: Que sean personas mayores de 70 años, con escasos recursos económicos y que no tenga patologías psiquiátricas.

En El Salvador solo existen 8 Médicos Geriatras, quienes son los especialistas en patologías de ancianos, 2 de ellos trabajan en el Asilo Sara. El objetivo general del asilo es proporcionar al anciano atención integral y cuidada prolongada, adaptada a sus capacidades físicas, mentales y sociales y entre los objetivos específicos tenemos:

- Rehabilitación a través de actividades dirigidas a reforzar su capacidad funcional.
- Proporcionar atención médica y cuidados prolongados para conservar el más alto grado de salud física, mental y social.
- Proteger su integridad como ser humano ofreciéndoles una residencia donde desarrollen sus capacidades físicas, mentales y sociales al máximo.

Servicios que presta el Centro:

- Atención médica especializada
- Enfermería y cuidados prolongados
- Rehabilitación Geriátrica.
- Terapia Física
- Terapia Ocupacional
- Farmacia
- Trabajo Social
- Psicología
- Alimentación y Dietas
- Nutrición
- Costurería y lavandería
- Servicios religiosos
- Vigilancia
- Mantenimiento
- Transporte
- Barbería.



Requisitos de ingreso:

- Ser mayor de 70 años de edad.
- Conservar un alto grado de capacidad funcional e independencia.
- Carecer de familia en primero y segundo grado de consanguinidad y primero por afinidad
- Estado de abandono, riesgo y fragilidad socioeconómica.
- Presentar documentos de identidad personal.
- Presentar los siguientes exámenes: general de heces, general de orina, Serología o VDRL, pulmones y glucosa.

Normas del Centro para visitantes

- No se permite la salida de objetos propiedad del Centro o del anciano.
- El Centro se reserva el derecho de admisión del visitante.
- Tramitar su carné de visitante en Trabajo Social.
- No se permite el consumo de bebidas embriagantes.
- Se exige buen comportamiento
- No se permite fumar
- Se prohíbe el ingreso de armas de fuego o corto punzantes
- Respetar al personal y a los ancianos.
- Respetar los horarios de entrada y salida.
- Se solicita el cuidado de las instalaciones del Centro y de los jardines.

- Instituciones que velan por la salud mental del adulto mayor:

1- Derechos humanos:

- En cuanto a la pensión mínima por vejez junto a la de invalidez a través de la ley SAP la cual es **LEY DEL SISTEMA DE AHORRO PARA PENSIONES** que en resumen se trata de un sistema que comprende el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, mediante los cuales se administran los recursos destinados al pago de prestaciones que deban reconocerse a sus afiliados para cubrir riesgos de invalidez común, vejez y muerte de acuerdo con esta **ley**.

Fecha Emisión: 20/12/1996

Fecha Publicación: 23/12/1996

(Asamblea Legislativa de la República de El Salvador)

- 2- FUSATE (Fundación Salvadoreña para la Tercera Edad)
- 3- INPEP ( Instituto Nacional de Pensiones de Empleados Públicos)
- 4- ISSS ( Instituto Salvadoreño del Seguro Social)
- 5- Ministerio del Trabajo
- 6- Casas de la Cultura de diferentes Alcaldías Municipales de El Salvador
- 7- Instituciones que dan albergue o alimentación que se mantienen en el anonimato, entre otros.

### 2.3. MARCO CONCEPTUAL

- Acetilcolina: es el neurotransmisor específico en las sinapsis del sistema nervioso somático (SNS) y en las sinapsis ganglionares del sistema nervioso autónomo (SNA), así como en los órganos diana de la división parasimpática
- Alzheimer: Demencia degenerativa primaria. es una enfermedad progresiva y degenerativa del cerebro para la cual no existe recuperación. Es la más común de las demencias. Lentamente, la enfermedad ataca las células nerviosas en todas las partes de la corteza del cerebro, así como algunas estructuras circundantes, deteriorando así las capacidades de la persona de controlar las emociones, reconocer errores y patrones, coordinar el movimiento y recordar. Al final, la persona pierde toda la memoria y funcionamiento mental.
- Antidepresivos: Son medicamentos para el tratamiento de las depresiones mayores. Se dividen en tres clases: los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los tricíclicos, y los antidepresivos de segunda generación, que actúan sobre la recaptación de los tres principales neurotransmisores que intervienen en la depresión, es decir, la serotonina, la dopamina o la noradrenalina, o de dos de ellas
- Antidepresivos tricíclicos: son un grupo de medicamentos antidepresivos que reciben su nombre de su estructura química, que incluye una cadena de tres anillos. Los tricíclicos son uno de los más importantes grupos de fármacos usados en el tratamiento médico de los trastornos del estado de ánimo (como los trastornos bipolares), junto con los IMAO (inhibidores de la MAO o monoaminoxidasa), el litio, y los inhibidores selectivos de la recaptación de las monoaminas

- Depresión: Estado mental caracterizado por sentimientos de tristeza, soledad, desesperación, baja autoestima y reproches a uno mismo; acompañado por retardo motor o en ocasiones agitación, alejamiento del contacto interpersonal y síntomas vegetativos tales como el insomnio y la anorexia. El término se refiere a un estado de humor o a un trastorno del humor.
- Distimia: Trastorno del humor caracterizado por depresión. También se le llama neurosis depresiva.
- Institucionalización: Acción y hecho de convertir una cosa en institucional o de darle carácter legal o de institución.
- Medicamentos antidepresivos: Fármacos que elevan el tono del ánimo; se usan para combatir la depresión.
- Melancolía: el griego melas, negro y chole, bilis). Estado depresivo severo. Usado en el término [melancolía involutiva] como término descriptivo y como entidad diagnóstica propia. Ver melancolía involutiva.
- Psicoterapia: Tipo de tratamiento por el que se utilizan diferentes métodos psicológicos para enfermedades o trastornos psíquicos y fisiológicos de origen psicológico.
- Psicoanálisis: Es la teoría de Sigmund Freud que abarca tres ámbitos de conocimiento, la investigación, el tratamiento terapéutico y el conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas derivadas de la investigación y el tratamiento, que dieron lugar a una nueva disciplina científica.

- Vejez: Etapa del ciclo vital en la que se producen gradualmente modificaciones morfológicas, funcionales, psíquicas y sociales, que disminuyen la capacidad de respuesta de la persona frente a los cambios del entorno

## 2.4. MARCO LEGAL

- Dentro de las Normas Generales, existen:
  - Cumplir con lo estipulado en el “Código de Ética para el ejercicio de la profesión de Psicología en El Salvador”.
  - Estar informados de las disposiciones legales existentes para su práctica profesional, y estar interesados por modificar leyes que perjudican la profesión, y por promover regulaciones que la favorecen.
  - Mantener el lugar de trabajo con las condiciones de acuerdo con su formación académica, experiencia y educación continua.
  - Desarrollar sus actividades profesionales de acuerdo con su formación académica, experiencia y educación continua.
  
- Normas específicas
  - a) Algunas en Atención al cliente
    - Poner a disposición pública y privada sus servicios profesionales para dar la atención psicológica de acuerdo con su campo de actividad.
    - Atender a las personas que solicitan sus servicios por consentimiento propio o por referencia de profesionales o instituciones.
    - Cumplir con los acuerdos establecidos con el usuario de sus servicios.
    - Informar a su cliente del proceso, objetivo y honorarios, al inicio de la atención, consultoría o asesoría profesional
  
  - b) Confidencialidad
    - Proteger con celo profesional la confidencialidad individual y grupal de toda información obtenida en el proceso de atención

- Actuar con discreción al comunicar datos confidenciales a quienes estén relacionados con el caso; de ser necesario se hará solamente con propósito profesional, o cuando exista algún peligro para un individuo o para un grupo.
  - Tomar la precaución necesaria para guardar la información, cuidar la privacidad en el proceso de atención y en la conservación de expedientes y documentos
- Algunos Principios éticos:

- Acatar Normas Morales y Legales
- Cuidar la Seriedad de las Declaraciones públicas
- Determinar la Finalización de una Intervención
- Evitar el abuso en los Arreglos Financieros.
- Evitar el Deterioro Personal
- Mantener el Bienestar del Usuario
- Realizar Investigación
- Respetar los Derechos Humanos

Valores éticos como Calidad, bienestar, dignidad, integridad efectividad, solidaridad, equidad, respeto, competitividad, responsabilidad, honestidad, confidencialidad, servicialidad, honor, sinceridad, cooperación, discreción, prudencia, confianza, seguridad, veracidad, salud mental, libertad, ayudar, lealtad, eficacia, estabilidad emocional, rigor científico, honradez, armonía. Utilitarismo, orden.

Principios éticos, Publicado por la APA. (Asociación de Psicólogos Americanos): Principios éticos en la realización de estudios con humanos (1982). Algunas indicaciones son las siguientes:

- La investigación con humanos en aprendizaje se ha de guiar por los mismos principios éticos que en el resto de la Psicología.

- Un comité de ética ha de decidir si una investigación planificada puede llevarse a cabo, o en cambio, no se ajusta a las normas establecidas por la APA. El criterio fundamental que determina si el comité ético aprueba o no un proyecto de investigación es la demostración de que el estudio propuesto producirá un aumento potencial de conocimiento con un reducido coste y riesgos para los sujetos humanos.
- El participante ha de ser informado antes de realizar el estudio, sobre sus objetivos generales y sus riesgos potenciales. Los sujetos no podrán ser coaccionados para participar en el estudio.
- Asimismo, el sujeto podrá abandonar el experimento en cualquier momento.
- Una vez terminado el estudio, el experimentador debe proporcionar al sujeto información sobre sus resultados. Además debe mantenerse el anonimato y la confidencialidad sobre ellos.
- Toda esta información debe figurar en una especie de contrato por escrito y el sujeto debe firmarlo dando su consentimiento para participar en el estudio.

En el Código de Ética se estipulan las obligaciones y responsabilidades de los psicólogos que realizan tareas de investigación con relación al respeto y cuidado de las personas en su integridad y privacidad cuando participan como sujetos de investigación, a la relación con otros colegas y al desarrollo de la disciplina y la profesión.



## CAPITULO III

### FORMULACION DE HIPOTESIS

#### 3.1. Hipótesis General

Los niveles de depresión en las personas adultas mayores institucionalizadas en el Hogar de Ancianos San Vicente de Paul de la Ciudad de San Salvador se encuentran en probable depresión.

#### 3.2. Hipótesis específicas:

**3.2.1.** Los estados de depresión son más comunes en las mujeres que en los hombres, que se encuentran institucionalizados en el hogar de Ancianos San Vicente de Paul de la Ciudad de San Salvador.

**3.2.2.** El estado de depresión establecida, es más notorio en los adultos mayores pertenecientes al nivel socio-económico bajo, que se encuentran institucionalizados en el Hogar de Ancianos San Vicente De Paul de la Ciudad San Salvador.

#### Variables investigadas

- **Definición conceptual de Depresión** Estado mental caracterizado por sentimientos de tristeza, soledad, desesperación, baja autoestima y reproches a uno mismo; acompañado por retardo motor o en ocasiones agitación, alejamiento del contacto interpersonal y síntomas vegetativos tales como el insomnio y la anorexia.
- **Definición operacional de Depresión** escala de depresión geriátrica de yesavage Para la versión de 30 ítems, que es la que vamos a utilizar, las puntuaciones de corte que se proponían en la escala original

eran: No depresión 0-9 puntos, Probable depresión 10-19 puntos, Depresión establecida 20-30 puntos.

- **Definición conceptual de nivel socio-económico:** Jerarquía que tiene una persona o un grupo con respecto al resto. Usualmente se mide por el ingreso como individuo y/o como grupo, y otros factores como ser equipamiento del hogar, condiciones generales en las que vive, nivel educativo, etc.
- **Definición operacional de nivel socio-económico:** el nivel socioeconómico puede ser clase baja, media o alta, aunque dependiendo del estudio que se hace, pueden separarse en más niveles.

### **3.3. Matriz de congruencia**

Cuadro que describe: objetivo, general, específicos, definición de variables.

- Depresión definición conceptual y operacional
- Nivel socioeconómico definición conceptual y operacional

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS	DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL	INDICADORES
<p>Investigar los niveles de depresión en las personas adultas mayores que se encuentran institucionalizadas en el hogar ancianos San Vicente De Paúl de la Ciudad de San Salvador.</p>	<p>a- Determinar si los niveles de depresión son más altos en las mujeres que en los hombres que se encuentran institucionalizados en el hogar de ancianos San Vicente de</p>	<p><b>• GENERAL</b></p> <p>Los niveles de depresión en las personas adultas mayores institucionalizadas en el hogar de San Vicente de Paul de la ciudad de San Salvador se encuentran en el nivel medio</p> <p><b>• ESPECIFICAS</b></p> <p>- Los niveles de depresión son más altos en las mujeres que en los hombres que se encuentran institucionalizadas en el hogar de ancianos San</p>	<p><b>DEPRESION:</b> (conceptual)</p> <p>Estado mental caracterizado por sentimientos de tristeza, soledad, desesperación, baja autoestima y reproches a uno mismo; acompañado por retardo motor o en ocasiones agitación, alejamiento del contacto interpersonal y síntomas vegetativos tales como el insomnio y la anorexia.</p> <p>El término se refiere a un estado de humor o a un trastorno del humor</p> <p><b>DEPRESION</b> (operacional)</p> <p>escala de depresión geriátrica de Yesavage</p> <p>Respecto a la interpretación de la escala, cada ítem se valora con un 0 o con un 1, siendo el caso de la respuesta que coincide con el estado depresivo el</p>	<p>Treinta reactivos que conforman la escala y que permiten ubicar a las personas en las categorías de no depresión; probable depresión y depresión establecida</p>

	<p>Paul en la Ciudad de San Salvador</p> <p>b- Establecer la relación del estado depresivo con el nivel socio-económico de las personas adultas mayores que se encuentran institucionalizados en el Hogar de</p>	<p>Vicente de Paul de la Ciudad de San Salvador</p> <p>- El nivel socio-económico de las personas adultas mayores que se encuentran institucionalizadas en el Hogar de ancianos San Vicente De Paul de la Ciudad San Salvador, corresponde al nivel medio.</p>	<p>que recibe un punto y así, a mayor puntuación, mayor estado depresivo. Para la versión de 30 ítems, que es la que vamos a utilizar, las puntuaciones de corte que se proponían en la escala original eran: No depresión 0-9 puntos, Probable depresión 10-19 puntos, Depresión establecida 20-30 puntos</p> <p><b>NIVEL SOCIO-ECONOMICO:</b> (Conceptual)</p> <p>Jerarquía que tiene una <u>persona</u> o un <u>grupo</u> con <u>respecto</u> al <u>resto</u>. Usualmente se mide por el <u>ingreso como individuo y/o como grupo</u>, y otros factores <u>como</u> ser equipamiento del <u>hogar</u>, condiciones generales en las que vive, <u>nivel educativo</u>, etc.</p> <p><b>NIVEL SOCIO-ECONOMICO</b> (Operacional)</p> <p>el <u>nivel socioeconómico</u> puede</p>	
--	--	--	---	--

	<p>ancianos San Vicente De Paul en la Ciudad de San Salvador.</p>		<p>ser clase <u>baja</u>, <u>media</u> o <u>alta</u>, <u>aunque</u> dependiendo del <u>estudio</u> que se hace, pueden separarse en más niveles.</p>	
--	---	--	--	--

**Matriz de congruencia del estudio descriptivo a realizarse en personas adultas mayores institucionalizadas en el Hogar de Ancianos de San Vicente de Paul ubicado en San Salvador, El salvador.**

## CAPITULO IV

### METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

#### a. Diseño de la Investigación

El estudio realizado se ubica como no experimental descriptivo, ya que no se hace ninguna prueba de laboratorio sino más bien se busca únicamente describir los niveles de depresión que presentan los sujetos de la muestra.

#### b. Tipo de Investigación

La investigación realizada es de tipo descriptiva ya que solo trata de medir la variable depresión en sus diferentes niveles de las personas institucionalizadas en el hogar de ancianos San Vicente de Paul

#### c. Población y Muestra

##### *Población*

La población con la cual se trabajó estuvo conformada por 79 personas adultas mayores, las cuales se encuentran institucionalizadas en el hogar de Ancianos San Vicente de Paul.

##### *Muestra:*

Conformada por 17 mujeres y 17 hombres.

Los que fueron elegidos intencionalmente, tomando en cuenta requisitos de salud tales como:

- Alzheimer

- Sordera
- Hospitalizados
- Lucidez

#### **d. descripción de la Poblacional**

El universo está constituido por 79 adultos mayores pertenecientes 52 al género femenino y 27 al género masculino en el Hogar San Vicente de Paul (datos proporcionados por Lic. Gabriel Antonio García, coordinador de la institución)

#### **e. Diseño Muestral**

Muestra probabilística ya que es un subgrupo de la población en el que todos los elementos de esta tienen la misma posibilidad de ser escogidos (Hernández Sampieri, pág. 176).

Representada por 34 adultos mayores

#### **f. Cálculo del Tamaño de La Muestra**

En esta investigación para la muestra no se utiliza fórmula ya que se trabaja con personas disponibles, debido a que el resto de la población presenta algún tipo de enfermedad o dificultad por lo que no pueden aportar a nuestro estudio, dicha clasificación se realiza en conjunto con el personal de la institución

## CAPITULO V

### RECOLECCION DE DATOS

#### a. Técnicas e Instrumentos de investigación

Para la recolección de los datos se utilizó como instrumento el cuestionario el cual consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir.

#### b. Elaboración del instrumento de investigación **(ver anexo 1)**

Para esta investigación el instrumento utilizado fue la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage, la cual se describe a continuación:

La Escala de Depresión Geriátrica, cuyas siglas en inglés son GDS, es instrumento de autoinforme para la evaluación de la depresión en personas mayores. Fue diseñada por Brink y Yesavage entre los años 1982 y 1983, su diseño fue orientado para la evaluación del estado afectivo en los ancianos, pues está construida específicamente para esta población; además, reduce las cuestiones relativas a la salud física, que producen en los ancianos muchos falsos positivos debido a la mayor prevalencia de quejas somáticas reales y tratando de que no afecten a esta valoración de forma sobrevalorada los síntomas anteriores, que son precisamente menos importantes, pero muy presentes en el paciente geriátrico.

La versión original de 30 ítems fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems de la cual se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y obtenían una fiabilidad test-retest mayor; por el contrario, se eliminaban los ítems que se referían al contenido somático. En España, el primero que la tradujo al castellano fue Perlado (1987) y quien realizó los primeros estudios de validación fue



González (1988), realizándose posteriormente sucesivos estudios de validación (Montorio, 1994; Izal y Montorio, 1993; Izal y Montorio, 1996; Montorio e Izal, 1996).

El cuestionario consta de respuestas dicotómicas **si/no**, y aunque la idea original era que fuese autoadministrado, se aplica normalmente con un entrevistador que debe poseer formación sobre este instrumento.

## INTERPRETACION

Respecto a la interpretación de la escala, cada ítem se valora con un 0 o con un 1, siendo el caso de la respuesta que coincide con el estado depresivo el que recibe un punto y así, a mayor puntuación, mayor estado depresivo. Para la versión de 30 ítems, que es la que vamos a utilizar, las puntuaciones de corte que se proponían en la escala original eran:

- No depresión 0-9 puntos
- Probable depresión 10-19 puntos
- Depresión establecida 20-30 puntos

## PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS.

Esta versión de 30 ítems presenta una elevada consistencia interna y elevados índices de correlación con otras escalas, como las de Hamilton (1990) y Zung (1986), así como una buena validez predictiva. Se establecieron dos posibles puntos de corte: así, se señala como valor de referencia una puntuación igual o superior a 11 para afirmar que existe un criterio de depresión, y un valor igual o superior a 14 para reafirmar un estado de depresión importante. Así, podemos concluir categóricamente que la escala GDS proporciona una información valiosa sobre los síntomas depresivos en la vejez, y sus propiedades generales son adecuadas, sobre todo cuando nos referimos a la fiabilidad.

Es una escala estable en el tiempo, siendo de gran utilidad en el diagnóstico de la sintomatología de los estados depresivos, proporciona una medida basal como también nos proporciona información sobre la evolución de la persona. Se convierte así en una herramienta de utilidad para comprobar la evolución y el efecto de los tratamientos que se prescriban en cada caso, sin olvidar que el diagnóstico para la depresión debe ser clínico.

Además debemos tener en cuenta que, en los mayores que presenten algún tipo de demencia, la GDS no tiene igual fiabilidad, pues es posible que la persona pueda llegar a perder la capacidad de reconocer sus propios síntomas, razón por la cual se clasificó la población del hogar de ancianos San Vicente de Paul.

**c. Aplicación de instrumento de investigación**

El instrumento se aplicó de manera individual, donde se les leía una a una las preguntas contenidas en el test.

**d. Proceso de recolección de datos. Pasos:**

- 1- Se solicitó autorización a la institución para realizar la investigación.
- 2- Una vez se tuvo la autorización se determinó la fecha de aplicación del instrumento.
- 3- El día acordado para la aplicación del instrumento se procedió a dicha actividad.
- 4- Se sistematizaron los datos; se realizó el respectivo análisis de la información para finalmente elaborar las conclusiones y recomendaciones.

## CAPITULO VI

### ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

6.1. Resultados globales (ver anexo 3)

#### Cuadro 1.

**Niveles de depresión según muestra del Hogar de Ancianos San Vicente de Paúl.**

<b>Estado depresivo</b>	<b>Resultados</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>No depresión</i> <i>0-9 puntos</i>	1	2.94 %
<i>Probable depresión</i> <i>10-19 puntos</i>	31	91.18 %
<i>Depresión establecida</i> <i>20-30 puntos</i>	2	5.88 %
<i>Cantidad de participantes</i>	34	100%

#### **Análisis:**

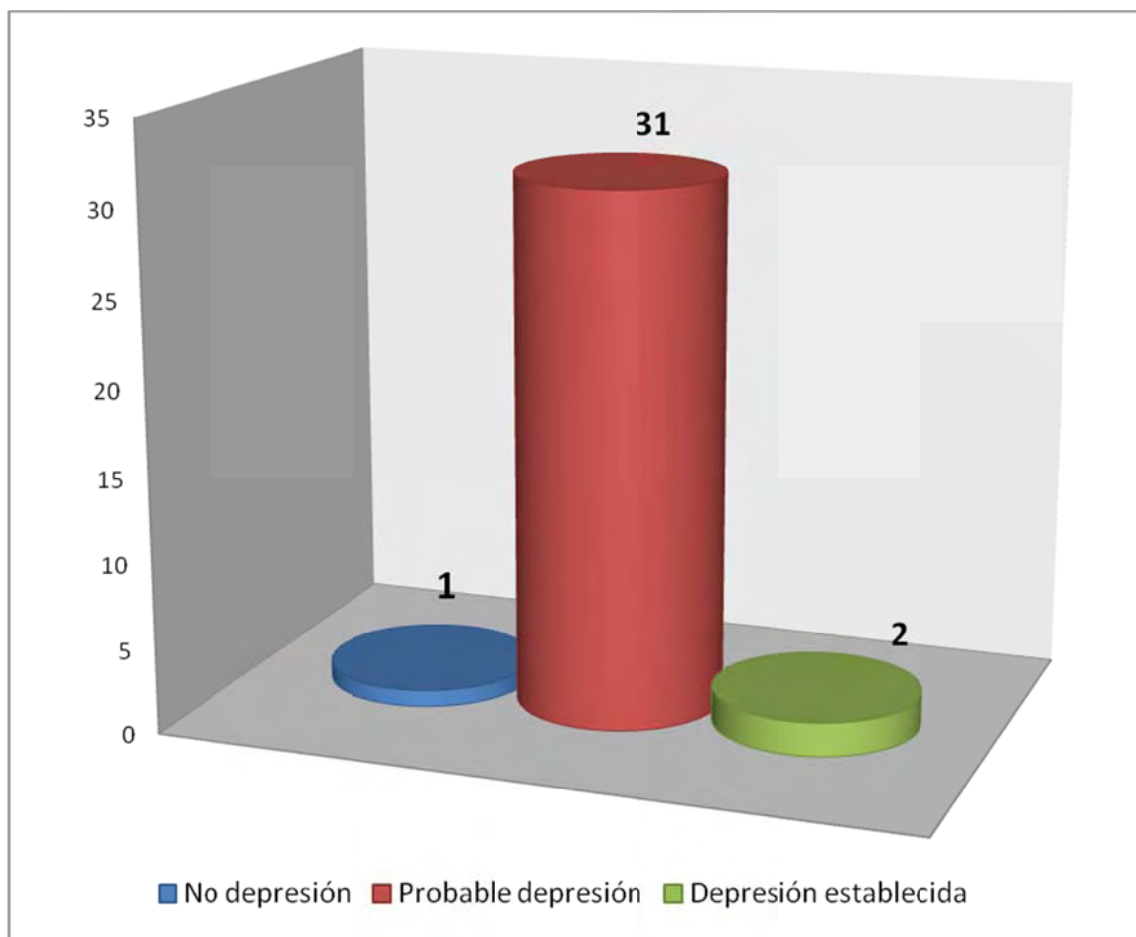
El cuadro uno muestra que de los 34 participantes en la investigación solamente 1 (2.94%) se ubica en la categoría de no depresión (puntaje entre 0 y 9), lo que significa que este grupo no están muy afectados en cuanto a estados depresivos.

De los participantes, 31 (91.18%) se ubican en la categoría de probable depresión (puntaje entre 10 y 19), lo que implica que en alguna medida se encuentra afectados por estados emocionales como depresión.

De los participantes, 2 (5.88%) se ubican en la categoría de probable depresión (puntaje entre 20 y 30), lo que implica que se encuentra afectados por estados emocionales como depresión.

### Niveles de depresión según muestra del Hogar de Ancianos San Vicente de Paúl.

Figura 1.



## 2.2. Cuadro 2

### Clasificación de la muestra, resultados por género

<b>Estado depresivo</b>	<b>Mujeres</b>		<b>Hombres</b>	
<i>No depresión</i> <i>0-9 puntos</i>	0	0 %	1	5.88%
<i>Probable depresión</i> <i>10-19 puntos</i>	15	88.24 %	16	94.12%
<i>Depresión establecida</i> <i>20-30 puntos</i>	2	11.76%	0	0%
<i>Cantidad de</i> <i>participantes</i>	17	100%	17	100%

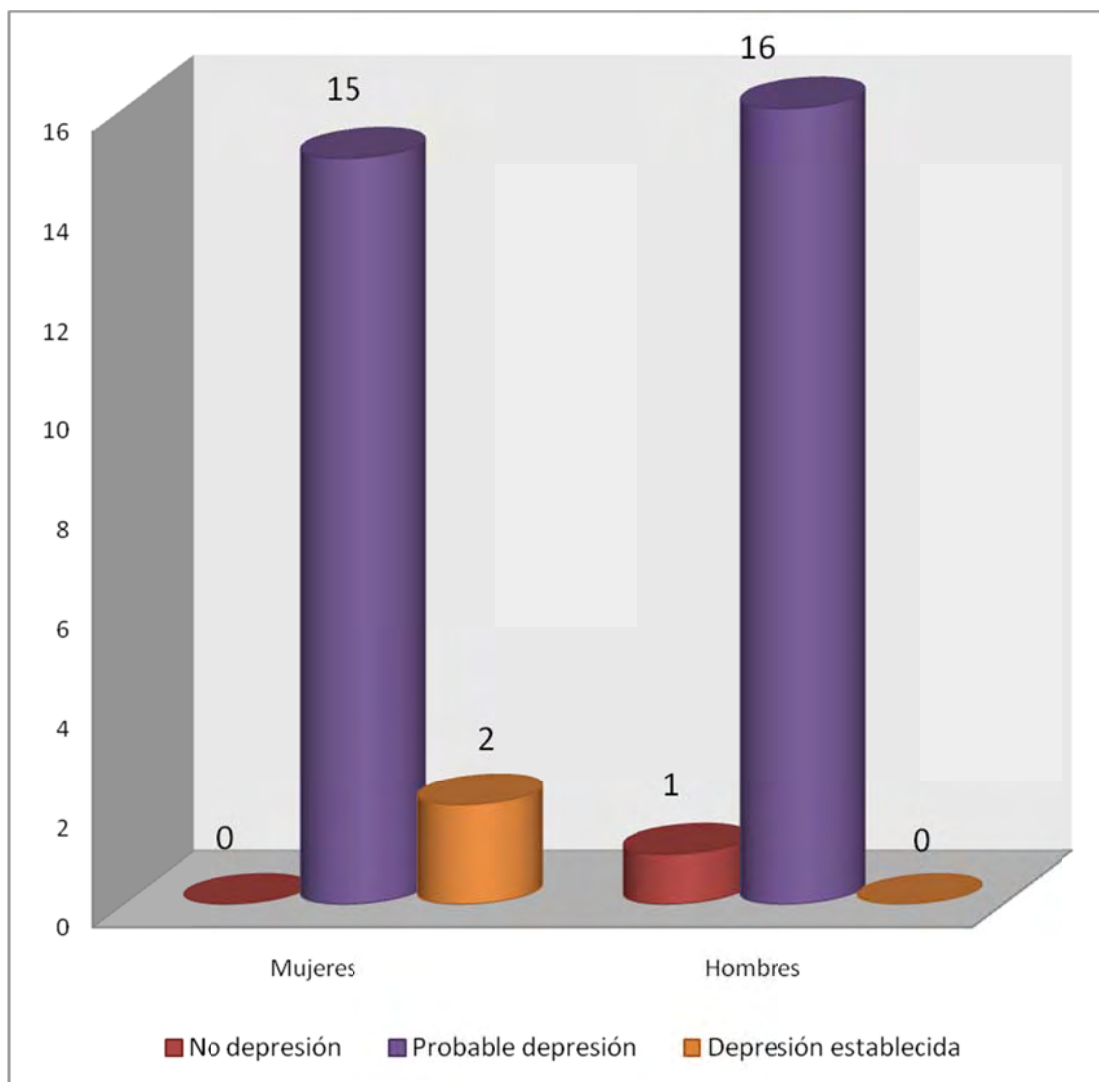
#### **Análisis**

El cuadro muestra, que las mujeres puntúan más alto en la clasificación de probable depresión ya que de un total de 17 participantes 15 (88.24 %) se clasifican en este estado y 2 (11.76%) en depresión establecida.

Así también muestra que los hombres puntúan más alto en probable depresión ya que de un total de 17 participantes 16 (94.12%) se clasifican en este estado y 1 (5.88%) en no depresión.

**Figura 2.**

**Clasificación de la muestra, resultados por género**



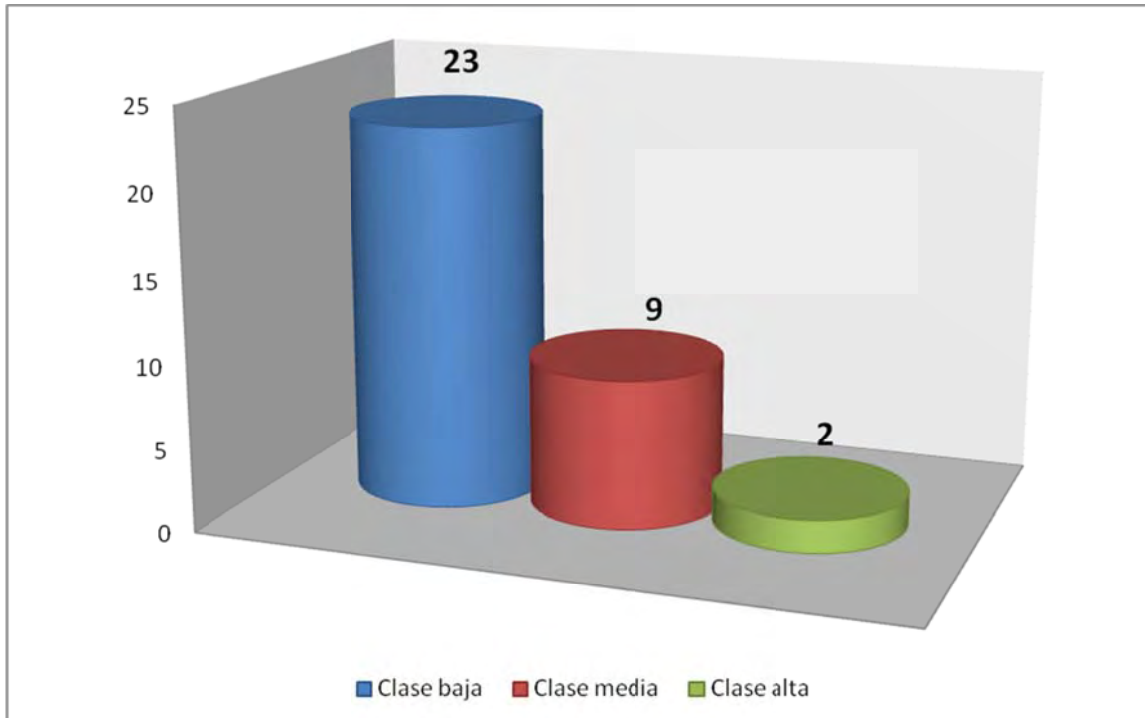
### 2.3. Cuadro 3. Clasificación de la muestra según el nivel socio- económico

Nivel socio económico		
Clase baja	Clase media	Clase alta
23	9	2
67.65%	26.47%	5.88%

#### Análisis:

El cuadro tres, muestra que de un total de 34 participantes 23 (67.65 %) se clasifican en nivel socio-económico bajo, 9 (26.47%) en nivel socio-económico medio y 2(5.88%) en nivel socio-económico alto.

Figura 3. Clasificación de la muestra según el nivel socio- económico



## **CAPITULO VII**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES.**

1. Los resultados de ésta investigación muestran que las personas adultas mayores que se encuentran institucionalizadas en el Hogar de ancianos San Vicente De Paul, por el momento no presentan depresión aguda o grave ya que en esta categoría solamente se ubican 2 participantes de la muestra, sin embargo se debe resaltar que entre los 34 participantes 31 se ubican en la categoría de probable depresión, lo cual indica que es de alta importancia atender sus estados depresivos antes que se conviertan en una depresión grave o aguda.
2. Se acepta la hipótesis de investigación, la cual establece que las personas adultas mayores institucionalizadas en el Hogar San Vicente De Paul se ubican en el nivel medio o de probable depresión.
3. Los resultados de este estudio en cuanto a género no muestran diferencia significativa en las categorías de depresión ya que 15 mujeres y 16 hombres se ubican en una probable depresión y solamente 2 del género femenino se encuentran en una depresión establecida.
4. Se rechaza la hipótesis de investigación ya que los resultados no muestran una diferencia significativa entre hombres y mujeres.
5. En cuanto al nivel socio-económico la muestra indica que 23 se ubican en clase baja, 9 en clase media y 2 en clase alta.



6. Se rechaza la hipótesis ya que la mayoría de los participantes se ubica en el nivel socio-económico bajo, es decir personas que en esta institución son institucionalizados bajo una ayuda altruista como la asociación de las Señoras de la Caridad y otras entidades no gubernamentales.
  
7. Consideramos que el trabajar con el adulto mayor es una experiencia muy gratificante y enriquecedora ya que deja un aprendizaje bastante significativo sobre la manera en que vive, piensa y siente el adulto mayor.
  
8. El estado de depresión establecida, es más notorio en los adultos mayores pertenecientes al nivel socio-económico bajo (antes descrita su interpretación), que se encuentran institucionalizados en el Hogar de Ancianos San Vicente De Paul de la Ciudad San Salvador.

## RECOMENDACIONES

1. Para mejorar la salud mental y el estado emocional de los adultos mayores institucionalizados en el Hogar San Vicente De Paul se recomienda implementar las técnicas para combatir la depresión y así evitar el avance de ésta.
2. Se recomienda a la institución establecer un programa con algunas de las universidades del País para que los estudiantes de psicología puedan hacer sus prácticas clínicas en la institución y así poderles brindar ayuda para combatir la depresión en el adulto mayor.
3. A la Universidad Francisco Gavidia, para que promueva investigaciones en este grupo de personas, ya que existe muy poca información de dichos estudios.
4. Promover al área de Psicología Clínicos la importancia de implementar técnicas e intervenciones a este grupo de edad ya que no existe un control específico para mejorar la salud mental de las personas Adultas Mayores
5. Trabajar en programas nacionales gubernamentales y no gubernamentales para incrementar leyes que se creen en beneficio de la estabilidad socio-económica de las personas institucionalizadas y las no institucionalizadas en Hogares Geriátricos
6. A los estudiantes de prácticas clínicas Psicológicas promover investigaciones que se puedan patentar a modo de mejorar la calidad de la atención y mejorar la salud mental tanto de los Adultos mayores como los familiares.

7. Poner en práctica valores éticos para el cuidado de este grupo de edad ya que en años atrás ellos fueron quienes trabajaron para el mejoramiento de la sociedad
  
8. Realizar más promoción a los Hogares de Ancianos, para mejorar la calidad en la atención y la estancia de los adultos mayores en estas instituciones.

## **CAPITULO VIII**

### **PROPUESTAS**

Con el objetivo de mejorar la salud mental de los adultos mayores residentes en el Hogar de Ancianos San Vicente de Paúl, se elabora un programa preventivo referente a la depresión. Este plan consiste en una serie de sesiones, las cuales se realizan a través de técnicas que se pueden aplicar de forma individual o grupal, cada una de ellas tiene un tiempo de duración y como objetivo fundamental ayudar en cierta medida a disminuir el estado depresivo.

El personal que colabora en el cuidado de los adultos mayores pueden orientarles a los participantes y de esta manera motivar a los ancianos a realizar las técnicas que más les agraden, con el objetivo de colaborar en la mejora continua de su estado emocional. Propuesta de técnicas a mejorar estado depresivo.

#### **SESION 1.**

##### Actividad 1.

Con el objetivo de elevar el nivel de autoestima de los adultos mayores, es necesario realizar técnicas que fomenten la independencia y les permita recuperar los sentidos (duración 2 horas.)A continuación se presentan dos técnicas para los fines antes planteados, de las cuales se escogerá solamente una para la primera etapa del programa.

- **“Espejo mágico”**

*Objetivo:* Representar un espejo mágico. En el que se reflejara su cuerpo entero, tanto en lo físico como en lo psíquico.

*Desarrollo:* Respirar pausadamente, contemplarse detenidamente desde los pies hasta la cabeza varias veces, reconociendo con amor y con humor tanto los rasgos positivos como los negativos y mientras se contemplan, repetir reflexivamente en voz alta, una breve frase preparada de antemano que condense en sus propias palabras un acto de autoestima y auto aceptación.

Luego realizar el siguiente ejercicio:

- Expresar ¿Quién soy? ¿Qué quiero ser?
- ¿Cuándo me he sentido más yo mismo?
- ¿Cuándo me he sentido menos yo mismo?
- ¿Qué es lo que más me gusta de mí?
- ¿Qué es lo que menos me gusta de mí?
- Las 10 cosas que más me gustan de mí son...
- Las 10 cosas que menos me gustan de mí son...

Tiempo: 2 horas.

Nota: Expresar solamente los aspectos más relevantes o comentarios sobre el tema.

- *“Acentuar lo positivo”*

*Objetivo:* Lograr que las personas puedan derribar las barreras impuestas por ellas mismas, debido a que no les permiten tener un buen concepto propio, mejorar la imagen de ellas mismas mediante el intercambio de comentarios y cualidades personales.

*Tiempo:* 10 minutos. *Tamaño del grupo:* 20 participantes por grupo.

*Desarrollo:*

I. Muchos hemos crecido con la idea de que no es correcto el autoelogio o, para el caso, elogiar a otros. Con este ejercicio se intenta cambiar esa actitud al hacer que equipos de dos personas compartan algunas cualidades personales entre sí. No existe un formato específico para esta técnica pero se podría desarrollar de la siguiente manera: cada persona le da a su compañero la respuesta a una, dos o las tres dimensiones a continuación sugeridas:

- Dos atributos físicos que me agradan de mí mismo.
- Dos cualidades de personalidad que me agradan de mí mismo.
- Una capacidad o pericia que me agrada de mí mismo.

II. Explique que cada comentario debe ser positivo. No se permiten comentarios negativos. (dado a que la mayor parte de las personas no ha experimentado este encuentro positivo, quizá necesiten un leve empujón para que puedan iniciar el ejercicio.)

III. Se les aplicara unas preguntas para su reflexión:

- ¿Cuántos de ustedes, al oír el trabajo asignado, se sonrió ligeramente, miro a su compañero y le dijo, tu primero”?
- ¿Fue difícil señalar una cualidad al iniciar el ejercicio?
- ¿Cómo considera ahora el ejercicio?

IV. El instructor guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

## **SESION 2.**

### Actividad 1.

Se procede el intercambio con los adultos mayores del hogar de ancianos San Vicente De Paul, y se utilizan técnicas de psicoterapia de grupo (Duración 2 horas.)

Las técnicas que se utilizaran serán una a la vez, por ejemplo, se desarrollara la técnica del aquí y el ahora durante 2 horas el primer día, tomando en cuenta que todos los presentes deben participar y aportar su experiencia, teniendo la técnica una duración aproximada de tres días. Luego en una posterior calendarización del programa se utilizara la técnica de los sueños de la misma manera.

Las técnicas a utilizar son las siguientes:

- “El aquí y el ahora “

Objetivo: Que los ancianos puedan expresarse libremente acerca de alguna temática que sea importante para ellos, como para el grupo en general.

Duración: Dos horas por cada uno de los tres días de sesión.

Desarrollo: Se reunirá a los adultos mayores en un salón, en el que se escogerán algunos temas que sean de interés para ellos a través de una conversación libre, donde se descubrirá un tema que les este agobiando a muchos de los presentes. Por medio de esta técnica ellos pueden expresarse y reflexionar acerca de dichos temas. Se pretende que a los adultos mayores que no les guste participar se den cuenta que hay personas que están pasando por problemas similares a los de ellos, lo cual será de apoyo y tendrá un factor curativo colectivo. Se buscan soluciones a través de la participación, que se pretende que sea completa al finalizar las tres sesiones, esto se llevara a cabo por medio de un profesional que guiara al grupo y al finalizar se hara una retroalimentación de las sesiones, en la que los adultos mayores podrán sentirse apoyados por todos los compañeros del hogar. Otra técnica que se puede utilizar es:

- “Los sueños”

Objetivo: Explorar aspectos de las situaciones que en la actualidad están afectando a los adultos mayores, a través de la técnica de los sueños.

Duración: Dos horas por cada uno de los tres días de sesión.

Desarrollo: Se realizara en un salón amplio con sillas formando un círculo para facilitarles la comodidad a los adultos mayores.

Cada uno de los participantes contarán algún sueño que hayan tenido, pues a través de esta información el grupo explorara los aspectos relacionados con su vida actual, en el aquí y ahora, que pueden estar relacionados con el sueño contado, de esta manera se descubrirán temores, deseos o algún tipo de situación reprimida que la persona está tratando de liberar a través del sueño.

Cuando finalice cada persona de relatar su sueño, se procederá a la discusión en el grupo de los aspectos relevantes del sueño que estén relacionados con la situación que está viviendo la persona en la actualidad. Al finalizar dicha sesión se les agradece a los participantes por expresar sus puntos de vista dando lugar a que el adulto mayor se dé cuenta del aquí y el ahora, y así mismo poder compartir sus sentimientos.

Actividad 2.

Por medio de la socio terapia se trata de resocializar al adulto mayor para que recupere lo que socialmente pudo haber perdido (duración 15 minutos por técnica, 30 en total)



- Socio terapia.

Se trabaja en grupo en los que los adultos mayores vuelcan sus propias problemáticas. Con la resocialización se pueden superar los duelos, las pérdidas y desplazar cargas afectivas hacia otros objetos de interés. En la primera ocasión se recomienda utilizar dos técnicas de diferentes fines (como se detalla a continuación), para luego en siguientes calendarizaciones utilizar otras dos técnicas diferentes a discreción del organizador.

*A) Lecturas comentadas y discusión de temas.*

Se trata sobre un tema discusión con el objetivo de elevar el nivel de autoestima de los adultos mayores; se decide un tema a discutir, para comenzar ya que los adultos mayores al estar deprimidos les disminuye esta categoría persona lógica.

Al formar los grupos se discutirán lecturas como:

- El amor a la vida.
- Los fantasmas del envejecer: prejuicios y miedos.
- Modos de envejecer.
- Envejecimiento y memoria personal.
- Sentido de la formación en la vejez.
- Calidad de vida en los adultos mayores.

Al analizar la sesión el encargado de grupo o psicólogo hará una retroalimentación con todos los miembros del grupo sobre lo aprendido durante la sesión, al mismo tiempo se discutirá sobre los beneficios de ser un adulto mayor y la importancia que tiene un adulto mayor en la sociedad según el tema discutido.

## B) *Dinámicas grupales.*

Las dinámicas de grupo son técnicas de discusión verbal, con las cuales se puede confrontar desde diferentes puntos de vista, en un clima de armonía y de respeto diferentes aspectos o temáticas. Así mismo permiten desarrollar la competencia comunicativa que es de suma importancia; ejercitar la pronunciación y practicar la coherencia entre su tono de voz, sus gestos y el uso de un lenguaje adecuado, con las cuales la persona que las practique puede lograr tener unos mayores resultados en función de la práctica.

## C) *Dinámicas de conocimiento.*

- “Esto es un abrazo”

Objetivos: Desarrollar con cierta espontaneidad la cercanía con otras personas. Producir un acercamiento físico entre los integrantes del grupo.

Participantes: El número de participantes es ilimitado.

Tiempo: La duración es indeterminada, aunque aproximadamente es entre 10 a 15 minutos, esto depende del número de integrantes del grupo.

Desarrollo: Todos los integrantes del grupo se sientan formando un círculo. Por orden y de uno en uno, le dice cada uno de los integrantes del grupo a la persona que ésta sentada su derecha y en voz alta ¿Sabes lo que es un abrazo?.

La persona que esta sentado a la derecha de quien realiza la pregunta contesta NO, NO LO SE, entonces se dan un abrazo, y la persona que ha contestado se dirige a la persona anterior y le contesta NO LE HE ENTENDIDO, ME DAS OTRO. Entonces se vuelven a dar otro abrazo, la persona que le han abrazado, realiza la misma pregunta a su compañero de la derecha, realizando la misma operación que habían realizado

anteriormente con ella. Así sucesivamente hasta que todos los integrantes del grupo hayan sido abrazados y hayan abrazado.

Observaciones: Entre todos los integrantes del grupo, comentaremos la actividad, reflexionaremos sobre cómo nos hemos sentido, si nos ha gustado, si nos pareció divertida, etc.

### **SESIÓN 3.**

#### **Dinámicas de comunicación.**

“No escuchar”

Objetivos: Observar las dificultades en la comunicación. Observar actitudes que echamos en falta cuando queremos sentirnos escuchados y no sucede. Reflexionar sobre la actitud que tenemos cuando hablamos y sobre las actitudes que necesitamos para sentirnos escuchados.

Participantes: El número de participantes es indeterminado.

Tiempo: 10 min. Aproximadamente.

Desarrollo:

Se divide al grupo en dos subgrupos, a los cuales el animador dará una serie de indicaciones para que cada uno de los grupos desempeñe. Uno de los subgrupos va a desempeñar el papel de no escuchar. Intentarán cambiar de tema, sin escuchar al compañero e incluso sin acompañar la conversación. El otro subgrupo intentará contar su problema “muy personal”, sin saber la reacción de sus propios compañeros. Una vez hayan entendido todos sus roles a desempeñar, se formarán parejas de distintos integrantes de los dos grupos. Intentarán actuar según el papel que les ha sido asignado (el que cuenta el problema o de no ser escuchado)

Observaciones:

Estableceremos un tiempo para reflexionar sobre los sentimientos de los dos subgrupos: tanto de los que contaban el problema, como de los integrantes del grupo que no escuchaban.

- “Barrera del sonido”

Objetivo: Reflexionar sobre los niveles de ruido que nos encontramos en la comunicación a nuestro alrededor. Pensar acerca de las dificultades de comunicación cuando existe mucho ruido a nuestro alrededor.

Participantes: Número indeterminado.

Tiempo: 10 a 15 minutos aproximadamente

Desarrollo:

Se coloca todo el grupo unido en un espacio abierto. Dos de los integrantes del grupo, de tal manera que el grupo forme una muralla entre los dos individuos. El animador les da un mensaje a cada uno de los individuos que se sitúan fuera de la muralla, que tiene que decirse en voz alta. El grupo que forma la muralla tiene que gritar, o hablar alto, impidiendo que los dos participantes que se sitúan fuera de la muralla puedan comunicarse.

Observaciones: Reflexionar terminada la técnica sobre el sentimiento de impotencia por no poderse comunicar debido al alto nivel de ruido.

## **5. Dinámica de resolución de conflictos.**

“El yo auxiliar”

Objetivo: Practicar habilidades sociales. Resolver conflictos individuales

Participantes: Número de participantes indeterminado

Tiempo: Dependerá del animador.

Desarrollo: Los componentes del grupo se agrupan por parejas. Uno de cada pareja le cuenta un problema personal a su compañero/a correspondiente. La persona que escucha tiene que empatizar con él, es decir, practicar sus habilidades sociales. Posteriormente se intercambiarán los roles a desempeñar.

Observaciones: Terminada la actividad, pondremos en común una reflexión sobre los objetivos y los procedimientos para conseguir dichos objetivos. Es importante que la mecánica de la técnica nos sirviera para practicar las habilidades sociales y resolución de conflictos.

- “El gato y el ratón”

Objetivos: Experimentar sentimientos de empatía hacia otras personas. Ponerse en el otro punto de vista. Puede servir para hablar de valores.

Participantes: Número indeterminado de participantes.

Tiempo: 20 minutos aproximadamente.

Desarrollo: El animador pide a los integrantes del grupo que cierren los ojos y se concentren. Seguidamente cuenta una historia del gato y el ratón, la historia dice así: Entramos en una casa, es muy grande, inmensa, llega un momento donde nos convertimos en ratón, todo aquello que nos rodea nos parece inmenso. Cuando nos encontramos a un gato y nos quiere comer, justo en el momento de darnos el primer bocado, nosotros nos convertimos en gato y el gato en rato.

Observaciones: Es importante que la mecánica de la técnica nos sirviera para practicar las habilidades sociales y resolución de conflictos.

#### **SESION 4.**

Plantea como objetivo desarrollar aptitudes positivas en relación con el proceso de envejecimiento (duración 1 hora)

Actividad 1.

Se utilizara la técnica de la psicoterapia expresiva para los fines planteados en el objetivo de esta sesión. En esta técnica se trabaja con el cuerpo como eje estático, dinámico o de expresión. (Duración 1 hora durante dos días.)

Psicoterapia expresiva.

Se pide al adulto mayor que exprese corporalmente cosas reales, imaginarias o simbólicas. Es una forma de mantener nuestra mente y cuerpo fusionados en un solo bloque, de expresar sentimientos y de conectarse con los demás. Permite que a través de las diferentes expresiones, (verbal, gestual y corporal) la persona tenga posibilidades de esclarecer y comprender los contenidos internos que lo llevan al sufrimiento y el dolor. La finalidad de este, es crecer no solo a través de los

contenidos personales sino a través de los otros y con los otros en un trabajo conjunto, utilizamos para ello los relatos que la persona necesita compartir y trabajar, dramatizaciones, ejercicios para darse cuenta y trabajos corporales.

Técnica expresiva: Se busca que el adulto mayor exteriorice lo interno, que se de cuenta de cosas que posiblemente llevo en si toda su vida pero que no percibía.

Se buscan tres cosas básicamente:

- a) Expresar lo no expresado.
- b) Terminar o completar la expresión.
- c) Buscar la dirección y hacer la expresión directa.

- “Expresar lo no expresado”

-Maximizar la expresión, dándole al adulto mayor un contexto no estructurado para que confronte consigo mismo y se haga responsable de lo que es. Se pueden trabajar con inducciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras, para que afloren temores, situaciones inconclusas. También se puede minimizar la acción no-expresiva.-Pedir al adulto mayor que exprese lo que esta sintiendo.

-Hacer un circulo, que el anciano exprese lo que lo que quiera a cada miembro del grupo o se le da una frase para que se la repita a cada uno y experimente lo que siente.

- “Terminar o completar la expresión”

Aquí se busca detectar las situaciones inconclusas, las cosas que no se dijeron pero pudieron decirse o hacerse y que ahora pesan en la vida del adulto mayor. Una de las técnicas más conocidas es la “silla vacía”, es decir, trabajar imaginariamente los problemas que el sujeto tiene con personas vivas o muertas utilizando el juego de roles. También se pueden utilizar inducciones imaginarias para reconstruir la

situación y vivirla nuevamente de manera más sana, expresando y experimentando todo lo que se evito la primera vez.

- “Buscar la dirección y hacer la expresión directa”

-Repetición: La intención de esta técnica es buscar que el adulto mayor se percate de alguna acción o frase que pudiera ser de importancia y que se de cuenta de su significado. Ejemplos: “Repite esa frase nuevamente”, “Haz otra vez ese gesto”, etc.-

Exageración y desarrollo: Es ir más allá de la simple repetición, tratando de que el adulto mayor ponga más énfasis en lo que dice o hace, cargándolo emocionalmente o incrementando su significado hasta percatarse de él. También, a partir de una repetición simple se puede continuar desarrollando su expresión con otras cosas para facilitar el darse cuenta.

-Traducir: Consiste en llevar al plano verbal alguna conducta no verbal, expresar con palabras lo que se hace. “Que quiere decir tu mano”, “Si tu nariz hablara que diría”.

-Actuación e identificación: Es lo contrario a traducir. Se busca que el adulto mayor “actúe” sus sentimientos, emociones, pensamientos y fantasías, que la lleve a la práctica para que se identifique con ellas y las integre a su personalidad.

-Retroalimentación: Se intercambia con los miembros del grupo lo que sintió cada uno durante su participación activa en dicha técnica, tendrán la oportunidad de expresar todo lo que ellos deseen.

## BIBLIOGRAFIA

- BELSKY, Janeth. *Psicología del envejecimiento*. 1ª ed. España: Thompson editores, 1999. 359p. ISBN 0-534-35912-4
- Ignacio Martín – Baró, *Acción e ideología: Psicología social desde Centroamérica*, 11ª. Ed. San Salvador, UCA Editores, 2005 ISBN 99923-49-18-2
- SCHAIE K. Warner, WILLIS Sherry K. *Psicología de la edad adulta y la vejez*. 5ª ed. Madrid: Pearson prentice hall, 2003. 351p. ISBN 84-205-3711-X
- LEFRANCOIS Guy R. *El ciclo de la vida*. 6ª ed. México: Thompson editores, 2001. 450p. ISBN 970-686-013-4
- PAPALIA, Diane E, WENDKOS OLDS, Sally, DUSKIN FELDMAN, Ruth. *Desarrollo humano*. 11ª ed. México: Mc Graw Hill, 2010. 275p ISBN 978-607-15-0299-5
- HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, FERNANDEZ COLLADO, Carlos, BAPTISTA LUCIO, Pilar. *Metodología de la investigación*. 5ª ed. México: Mc Graw Hill, 2010. 510p. ISBN 978-607-150291-9
- IRWIN G., SARANSON, Bárbara, R, SARANSON. *Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. 1ª ed. México: Pearson Prentice Hall, 2006. 263p. ISBN 970-26-08414



- Jackson, Stanley W. *Historia de la melancolía y la depresión. Desde los Tiempos Hipocráticos a la Época Moderna*. Ediciones Turner: Madrid, 1989. ISBN 84-7506-257-1.
- Beck, U. «Living your own life in a runaway world. Individualization, globalization, and politics». En Giddens A. y Hutton eds. *Global Capitalism* New York, The New Press. “New York Time”.- (2000)

## Anexo 1

UNIVERSIDAD FRANCISCO GAVIDIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

HOGAR DE ANCIANOS SAN VICENTE DE PAUL SAN SALVADOR

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS)

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** a continuación se leerán una serie de preguntas a las cuales usted podrá responder si cuando considere que sea afirmativa su respuesta y no cuando no esté de acuerdo con la pregunta que se le plantee.

1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO
6	¿Tiene molestias(malestar, mareo) Por pensamiento que no pueda sacarse de su cabeza	SI	NO
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI	NO
8	¿Tiene miedo de que algo malo le esté pasando?	SI	NO
9	¿Se siente feliz muchas veces?	SI	NO

10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI	NO
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI	NO
12	¿Prefiere quedarse en casa que a caso salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI	NO
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la Mayoría de la gente?	SI	NO
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI	NO
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en el que está?	SI	NO
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI	NO
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	SI	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI	NO
21	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
23	¿Cree que mucha gente está peor que usted?	SI	NO
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI	NO
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI	NO
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI	NO
27	¿Se siente mejor por las mañanas al levantarse?	SI	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI	NO
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	SI	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	SI	NO

## **Anexo 2.**

### **1- FUSATE (Fundación Salvadoreña para la Tercera Edad)**

Esta Fundación fue instituida en la capital Salvadoreña el 21 de Marzo de 1990, por un grupo de personas preocupadas por la situación que viven muchos de los adultos mayores en nuestro país. La Fundación constituye una organización privada, autónoma, sin fines de lucro, con filiales en varios departamentos de nuestro país; planteándose como objetivo principal ayudar a mejorar las condiciones de vida de esta población, colaborándoles con alimentos, recursos de capacitación en diferentes áreas; así mismo cuentan con programas que cubren las necesidades de todos los adultos mayores.

En general la Política se inserta en el paradigma del envejecimiento activo. Sin embargo, aunque apunta a generar condiciones adecuadas para envejecer, son escasos los mecanismos propuestos para lograrlo. (esta información se recopila de dicha institución)

### **2- INPEP ( Instituto Nacional de Pensiones de Empleados Públicos)**

Con el fin de agrupar en una sola entidad, las disposiciones legales aisladas, referentes a pensiones a favor de los empleados civiles, se emite la ley de creación del Instituto Nacional de Pensiones de Empleados Públicos, vigente a partir del 2 de Noviembre de 1975; teniendo como objetivo proporcionar, garantizar y asegurar una atención integral a sus afiliados, de esta manera contribuir a su desarrollo físico, mental y el fortalecimiento del núcleo familiar, así mismo, brindar apoyo en los tramites de gestión referente a cobros de pensiones, es decir, asesorar los tramites y otorgar pensiones por vejez, por invalidez y por sobrevivencia.

### **3- ISSS ( Instituto Salvadoreño del Seguro Social)**

Al nacer el sistema SAP, gran número de personas se unieron a las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). No obstante, aquellas que prefirieron quedarse en el Sistema de Pensiones Publico o que por su edad, tuvieron que hacerlo, todavía gozan del derecho de pensión por invalidez y muerte. El ISSS cuenta con programas especiales para beneficio de grupos específicos como las personas de la Tercera Edad. Esta oficina de Prestaciones y Servicios Sociales a Pensionados desarrolla un programa que permite a los integrantes, el desarrollo de aptitudes y habilidades; así también, aprovechar al máximo el tiempo libre del que se dispone.

Hoy en día esta institución programa charlas y excursiones para este grupo de edad, a manera de incluirlos a la sociedad dándoles la importancia que se merecen. Adicional a esto también los apoya con programas pilotos de venta de manualidades que son creados por los mismos ancianos.

### **4- Ministerio del Trabajo**

Este ministerio en coordinación con el Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores (CONAIPAM), creado a partir del mes de Octubre de 2002 con la aprobación de la Ley de Atención Integral para Personas Adulta Mayor, tiene como objetivo la ejecución de las acciones gubernamentales y no gubernamentales, a favor de la protección integral de las personas Adultas Mayores, es coordinado por entidades creadas por dicho Ministerio. Con el objetivo de contribuir al logro de una sociedad integrada, en la cual todas las personas tengan acceso al aporte y a los beneficios del desarrollo económico y social. Ayudar a las personas Adultas Mayores a llevar una vida independiente en el contexto de sus familiares y comunidad. Así también proporcionar actitud positiva de la sociedad en general y de las personas Adultas Mayores en particular hacia el envejecimiento y la vejez, que permitan asumir plenamente esta etapa de la vida, con sus problemas y oportunidades. Según la ley se contempla que no solo el acceso sin discriminación al trabajo sino también la importancia de la preparación para la jubilación, mecanismos

que permitan la contribución laboral del Adulto Mayor incluyendo también al pensionado, entre otros, velándose siempre por la armonización de las Leyes que regulan los sistemas de pensiones ya sean públicos y privados

#### **5- Casas de la Cultura de diferentes Alcaldías Municipales de El Salvador**

La Alcaldía municipal de Antigua Cuscatlán programa eventos específicos para Adultos Mayores, también promueve charlas de crecimiento y manualidades para todos aquellos que muestren interés.

Existen otras alcaldías que cuentan con este tipo de ayuda, sin embargo se logró abordar al personal de este sector por la ubicación del Hogar de Ancianos San Vicente de Paul.

#### **6- Instituciones que dan albergue o alimentación que se mantienen en el anonimato, entre otros.**

Toda esta información fue extraída del personal administrativo de dicha institución ya que por circunstancias en las que se ha desarrollado esta investigación, se toman generalidades de dichas instituciones, para plasmar una idea de las instancias salvadoreñas que realmente se interesan en una estabilidad socio-económica y laboral de los Adultos Mayores, dado el caso en este hogar que existe un gran porcentaje de personas ubicadas en clase baja, de los cuales son personas que tienen una mínima pensión o personas que no tienen familiares que le dé una vida saludable tanto física como Psicológica.