



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
PSICOLOGO CLÍNICO

TEMA

ABANDONO FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL
CENTRO GERONTOLÓGICO QUEVEDO, DEL CANTÓN QUEVEDO.,
PROVINCIA DE LOS RÍOS

AUTOR

EFREN EDUARDO MONTES OLVERA

TUTOR

LCDO. ELISEO TORO TOLOZA, MSC

Quevedo/ Los Ríos/ Ecuador

2019



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A MI PADRES, HERMANO Y TIA.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

Finalmente, a los maestros, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, y que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL



AGRADECIMIENTO

Acostumbro a dar mucho las gracias. A continuación, plasmo mis agradecimientos y le rindo honores a quienes considero parte de mi tesis de alguna u otra manera.

Mis motivos de aliento: mi padre y mi madre. Mi amor por ustedes es indescriptible y sin límites. Me han regalado, la dicha más grande: mi familia. Esta es el principio y motivación de todo lo que soy y aspiro ser.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA
PRESENCIAL



AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, **EFREN EDUARDO MONTES OLVERA** portador de la cédula de ciudadanía **1205420001**, en calidad de autor (a) del Informe Final del Proyecto de Investigación, previo a la Obtención del Título de Licenciado en Ciencias de la Educación Mención **PSICOLOGIA CLINICA**, declaro que soy autor (a) del presente trabajo de investigación, el mismo que es original, auténtico y personal, con el tema:

ABANDONO FAMILIAR Y LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLOGICO DEL CANTON QUEVEDO, AÑO 2019.

Por la presente autorizo a la Universidad Técnica de Babahoyo, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen.

EFREN EDUARDO MONTES OLVERA

CI. 120542000-1



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA
MODALIDAD PRESENCIAL



**CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL INFORME
FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA
SUSTENCIÓN.**

Quevedo, 17 de abril, 2019

En mi calidad de Tutor del Informe Final del Proyecto de Investigación, designado por el consejo directivo, certifico que el Sr **EFREN EDUARDO MONTES OLVERA**, ha desarrollado el Informe Final del Proyecto titulado:

**ABANDONO FAMILIAR Y LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DEL
CENTRO GERONTOLOGICO DE QUEVEDO, AÑO 2019**

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo al egresado, reproduzca el documento definitivo del Informe Final del Proyecto de Investigación y lo entregue a la coordinación de la carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.

MSC.TORO TOLOZA ELISEO EFRAIN

DOCENTE DE LA FCJSE.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA
PRESENCIAL



RESULTADO DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

RESUMEN

EL TRIBUNAL EXAMINADOR DEL PRESENTE INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, TITULADO: ABANDONO FAMILIAR Y LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLOGICO DEL CANTON QUEVEDO, AÑO 2019.

PRESENTADO POR EL SEÑOR:
EFREN EDUARDO MONTES OLVERA

OTORGA LA CALIFICACIÓN DE:

Nueve Puntos Cincuenta y dos (9.52)

EQUIVALENTE A:

Sobresaliente

TRIBUNAL:

MSC. SALOME SANCHEZ GOMEZ
DELEGADA DE LA DECANA

MSC. HELEN CARRANZA PATIÑO
PROFESORA ESPECIALISTA

MSC. CLEOPATRA MACKENCIE ALVAREZ
DELEGADA DEL CIDE

ABG. ISELA BERRUZ MOSQUERA
SECRETARIA GENERAL
FAC.CC.JJ.JJ.SS.EE

RESUMEN

La investigación que desarrolla esta tesis es para determinar cómo incide el abandono familiar en los cuadros depresivos de los adultos mayores que actualmente se encuentran en el Centro Gerontológico de Quevedo, y de esta manera presentar acciones que se pueden realizar desde la Psicología Clínica. En la primera parte, se establecen los objetivos, la metodología y la estructura de la tesis. En los objetivos, se busca identificar los factores psicosociales que inducen al abandono familiar de los adultos mayores, determinar los cuadros depresivos, síntomas y características de los adultos mayores y elaborar estrategias terapéuticas que se puedan aplicar, para una intervención de psicología clínica en cuadros depresivos del adulto mayor. En la parte del marco teórico se recolectó la información de libros, revistas científicas, y documentos actualizados y relacionados con la problemática planteada, señalando los factores que inciden en este abandono y las consecuencias, además se indica las fuentes bibliográficas que son las referencias del contenido teórico. En la metodología aplicada se utilizó como técnica de investigación la observación y la encuesta, al grupo de personas que se encuentran en el Centro Gerontológico, con la aplicación de un cuestionario. De los resultados se determinó que la mayor causa de depresión de los adultos mayores es por de abandono familiar sumado a los problemas económicos y de salud que en algunos casos lo llevan a la callejización y mendicidad. En la propuesta de aplicación se plantea para una intervención psicológica personalizada, y grupal a los adultos mayores, a través de las terapias lúdicas con enfoque en mejorar el estado emocional de los adultos mayores.

Palabras clave

Adulto mayor, abandono familiar, depresión, Centro Gerontológico, Terapias.

SUMMARY

The research developed by this thesis is to determine how family abandonment affects the depressive symptoms of older adults who are currently in the Gerontological Center of Quevedo, and thus present actions that can be performed from the Clinical Psychology. In the first part, the objectives, methodology and structure of the thesis are established. In the objectives, it is sought to identify the psychosocial factors that induce the abandonment of the elderly family, determine the depressive symptoms and characteristics of the elderly and develop therapeutic strategies that can be applied for a clinical psychology intervention in depressive disorders. of the elderly In the part of the theoretical framework, information was collected from books, scientific journals, and up-to-date documents related to the problem, indicating the factors that affect this abandonment and the consequences, as well as the bibliographic sources that are the references of the content. theoretical. In the applied methodology, the observation and survey technique was used as a research technique for the group of people that are in the Gerontological Center, with the application of a questionnaire. From the results it was determined that the biggest cause of depression in the elderly is due to family abandonment added to the economic and health problems that in some cases lead to alleying and begging. In the application proposal is proposed for a personalized psychological intervention, and group to the elderly, through playful therapies with focus on improving the emotional state of older adults.

Keywords

Older adult, family abandonment, depression, Gerontological Center, Therapies



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
EXTENSIÓN QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



Quevedo, 16 de abril del 2019

INFORME FINAL DEL SISTEMA DE URKUND


En mi calidad de Tutor del Informe Final del Proyecto de Investigación de la Sr. **Montes Olvera Efrén Eduardo**, cuyo tema es: **ABANDONO FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DE QUEVEDO, AÑO 2019**, certifico que este trabajo investigativo fue analizado por el Sistema Antiplagio Urkund, obteniendo como porcentaje de similitud de 9%, resultados que evidenciaron las fuentes principales y secundarias que se deben considerar para ser citadas y referenciadas de acuerdo a las normas de redacción adoptadas por la institución.

Considerando que, en el Informe Final el porcentaje máximo permitido es 10% de similitud, queda aprobado para su publicación.

The screenshot shows an email interface with the following details:

- Subject: Fwd: [Urkund] 9% de similitud
- Attachment: D50723439 - tesis.edu.pdf - Urk
- URL: <https://secure.urkund.com/view/49485747-862760-682765#DcYSDslwEEDRu7j+QrN5m>
- Document: tesis.edu.pdf (D50723439)
- Presentado: 2019-04-15 16:52 (-05:00)
- Presentado por: monteseduardo060@gmail.com
- Recibido: etoro@analysis.urkund.com
- Mensaje: tesis Eduardo Montes Olvera en PDF [Mostrar el mensaje completo](#)
- Summary: 9% de estas 22 páginas, se componen de texto presente en 11 fuentes.

Por lo que se adjunta una captura de pantalla donde se muestra el resultado del porcentaje indicado.


MSC. ELISEO EFRAÍN TORO TOLOZA
DOCENTE DE LA FCJSE

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Pág.
PORTADA	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL	IV
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	V
INFORME FINAL POR PARTE DEL TUTOR	VI
ÍNDICE GENERAL	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRAC	IX
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I	2
1.1. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.2. MARCO CONTEXTUAL	2
1.2.1. Contexto Internacional	2
1.2.2. Contexto Nacional	3
1.2.3. Contexto Local	3
1.2.4. Contexto Institucional	4
1.3. Situación Problemática	6
1.4. Planteamiento del Problema	7
1.4.1. Planteamiento general o básico	7
1.4.2. Sub-problemas o derivados	7

1.5. Delimitación de la investigación	8
1.5.1. Delimitación espacial	8
1.5.2. Delimitación temporal	8
1.5.3. Delimitación Demográfica	8
1.6. Justificación	9
1.7. Objetivos de la Investigación	10
1.7.1. Objetivo general	10
1.7.2. Objetivo específicos	10
CAPITULO II.....	11
2. MARCO TEORICO.....	11
2.1 Marco Conceptual	11
2.1.1. Adulto Mayor	11
2.1.2. Cambios asociados al envejecimiento	12
2.1.3 La familia y el adulto mayor	13
2.1.4. Calidad de vida	14
2.1.5. Abandono del adulto mayor	15
2.1.6. Causas del Abandono	16
2.1.6.1 Abandono económico	16
2.1.6.2. Abandono por maltrato	17
2.1.7. Factores asociados al abandono	18
2.1.8.- Depresión	19
2.1.8.1. Síntomas de la depresión en adultos mayores	19
2.1.8.2. Factores de riesgo de la depresión	20
2.1.8.3. Factores personales y sociales	21

2.1.8.4. Factores cognitivos	22
2.1.8.5. Familia y factores genéticos	22
2.1.9. Diagnóstico	22
2.1.9.1. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión	23
2.2. Marco Referencial	24
2.2.1. Antecedentes Investigativos	24
2.2.2. Síntomas de depresión en adultos mayores	25
2.2.3. Efectos de la depresión en los ancianos	26
2.2.4. Diagnóstico	26
2.2.5. Tratamiento	28
2.2.6. Tratamientos cognitivos conductuales	29
2.2.7. Psicoterapia Interpersonal para la Depresión	30
2.2.8. Terapia ocupacional en los adultos mayores	30
2.3. Categoría de Análisis	33
2.4. Postura Teórica	34
2.5. HIPÓTESIS	35
2.5.1 Hipótesis general o Básica	35
2.5.2 Sub-hipótesis o derivadas	36
2.6. Variables	36
2.6.1. Variable Directa	36
2.6.2. Variable Indirecta	36
CAPITULO III	37
3 Metodología	37
3.1. Modalidad de Investigación	37

3.2 Tipo de investigación	37
3.3. Métodos de investigación:.....	37
3.3.1 Método Deductivo	37
3.3.2 Método Inductivo	38
3.3.3 Método Analítico	38
3.4. Técnicas:	38
3.4.1 Observación.....	38
3.5. Instrumentos	38
3.5.1 Entrevista	38
3.5.2 Encuesta	39
3.5.3. Recolección de la información	39
3.6. Análisis e interpretación de los resultados	39
3.7. Población y muestra de investigación	39
3.7.1. Población	39
3.7.2. Muestra	40
3.8. Presupuesto	41
3.9. Cronograma del proyecto	42
Bibliografía	43

RESUMEN

La investigación que desarrolla esta tesis es para determinar cómo incide el abandono familiar en los cuadros depresivos de los adultos mayores que actualmente se encuentran en el Centro Gerontológico de Quevedo, y de esta manera presentar acciones que se pueden realizar desde la Psicología Clínica. En la primera parte, se establecen los objetivos, la metodología y la estructura de la tesis. En los objetivos, se busca identificar los factores psicosociales que inducen al abandono familiar de los adultos mayores, determinar los cuadros depresivos, síntomas y características de los adultos mayores y elaborar estrategias terapéuticas que se puedan aplicar, para una intervención de psicología clínica en cuadros depresivos del adulto mayor. En la parte del marco teórico se recolectó la información de libros, revistas científicas, y documentos actualizados y relacionados con la problemática planteada, señalando los factores que inciden en este abandono y las consecuencias, además se indica las fuentes bibliográficas que son las referencias del contenido teórico. En la metodología aplicada se utilizó como técnica de investigación la observación y la encuesta, al grupo de personas que se encuentran en el Centro Gerontológico, con la aplicación de un cuestionario. De los resultados se determinó que la mayor causa de depresión de los adultos mayores es por de abandono familiar sumado a los problemas económicos y de salud que en algunos casos lo llevan a la callejización y mendicidad. En la propuesta de aplicación se plantea para una intervención psicológica personalizada, y grupal a los adultos mayores, a través de las terapias lúdicas con enfoque en mejorar el estado emocional de los adultos mayores.

Palabras clave

Adulto mayor, abandono familiar, depresión, Centro Gerontológico, Terapias.

ABSTRAC

The research developed by this thesis is to determine how family abandonment affects the depressive symptoms of older adults who are currently in the Gerontological Center of Quevedo, and thus present actions that can be performed from the Clinical Psychology. In the first part, the objectives, methodology and structure of the thesis are established. In the objectives, it is sought to identify the psychosocial factors that induce the abandonment of the elderly family, determine the depressive symptoms and characteristics of the elderly and develop therapeutic strategies that can be applied for a clinical psychology intervention in depressive disorders. of the elderly In the part of the theoretical framework, information was collected from books, scientific journals, and up-to-date documents related to the problem, indicating the factors that affect this abandonment and the consequences, as well as the bibliographic sources that are the references of the content theoretical. In the applied methodology, the observation and survey technique was used as a research technique for the group of people that are in the Gerontological Center, with the application of a questionnaire. From the results it was determined that the biggest cause of depression in the elderly is due to family abandonment added to the economic and health problems that in some cases lead to allaying and begging. In the application proposal is proposed for a personalized psychological intervention, and group to the elderly, through playful therapies with focus on improving the emotional state of older adults.

Keywords

Older adult, family abandonment, depression, Gerontological Center, Therapies.

INTRODUCCIÓN

El objeto de esta investigación es determinar cómo incide el abandono familiar en los cuadros depresivos de los adultos mayores que actualmente se encuentran en el Centro Gerontológico de Quevedo. Para lograr este objetivo se investigó los factores que inciden para que un adulto mayor se encuentre en estado de abandono.

En este estudio, se desarrollaron varios capítulos. Para el cumplimiento de los objetivos, en la primera parte se presentó la problemática, en donde se visibiliza el incremento del abandono familiar convirtiéndose en un fenómeno social y su incidencia en su estado emocional, además se plantean objetivos y justificación del tema.

En el siguiente capítulo se revisaron varios textos psicológicos y documentos científicos actualizados para contrastar teóricamente esta problemática, señalando los factores que inciden en este abandono y las consecuencias, además se indica las fuentes bibliográficas que son las referencias del contenido teórico de este estudio.

Dentro de la metodología se plantearon varios tipos de investigación, siendo considerado esta como descriptiva en base a la observación de los casos que se presentan dentro del Centro Gerontológico de Quevedo.

La investigación que se ha realizado en el presente trabajo contribuye a tener una perspectiva emocional de las personas adultas mayores y que están en condición de abandono, la información recabada, se puede permitir crear medidas que ayuden a fortalecer los programas establecidos a nivel local y a enriquecer la escasa información que se cuenta con respecto a dicha problemática. La investigación de esta manera tiene una proyección significativa en esta población la cual pretende dar un mayor énfasis en el trato hacia las personas de la tercera edad de la ciudad de Quevedo y demás cantones.

CAPÍTULO I

DEL PROBLEMA

1.1. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN

“ABANDONO FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO QUEVEDO, DEL CANTÓN QUEVEDO”

1.2. MARCO CONTEXTUAL

1.2.1. Contexto Internacional

A nivel mundial, el abandono familiar se relaciona con la pirámide de población que está cambiando, hay sociedades donde los nacimientos son escasos, otros conservan los nacimientos de cuatro niños como las familias estadounidenses, alemanas, israelíes e hindúes, el concepto de la familia sufre cambios, que ha modificado a la humanidad, igualmente. varias organizaciones internacionales están advirtiendo sobre la cantidad de población que serán adultos mayores en las próximas décadas; Las Naciones Unidas (ONU) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) estiman que para el año 2050 habrá 2.000 millones de adultos mayores en el mundo, muchos más de 60 y el 80% vivirá en países en desarrollo. (PNUD, 2016)

Los índices demográficos indican un aumento progresivo en la población de adultos mayores, la tasa de crecimiento de los adultos mayores en la última década supera a la del resto del mundo, aumentaron a una tasa promedio anual de 3.5 personas por cada 100 de 65 años o más, con esto se menciona que el número de ancianos aumentará a más de tres veces en los próximos 30 años.

La tendencia hacia el envejecimiento de la población se manifiesta en aumento considerando el porcentaje de personas mayores de 65 años de edad, de manera usual

la persona experimenta una reducción de sus interacciones sociales importantes, el medio social determina la experiencia de envejecer de esa persona.

1.2.2. Contexto Nacional

En Ecuador, el MIES brinda atención especializada a 73.240 personas mayores de 65 años, a través de 14 centros geriátricos y gracias a 489 convenios con organizaciones público y privadas, a esto se suma la ayuda mediante bonos. (MIES, 2017)

Según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) en la actualidad 1`254.654 son personas mayores de 65 años que habitan en el país. El 14,7% de esta población ha sido víctima de violencia y el 14,9%, sufrió abandono.

Una de las razones más comunes del abandono, es cuando una persona ha cumplido con su vida laboral útil, que no es productiva, transformándose en una carga de gastos para la familia, situación que se transforma en la causa del rompimiento de las relaciones, comunicación y hasta la afectividad de las personas, siendo esta última la causa de varias situaciones derivadas como la depresión.

1.2.3. Contexto Local

El envejecimiento es un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades. La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello deben entenderse como un sistema en las que las mismas se correlacionan, la satisfacción de las necesidades es lo que condiciona la llamada calidad de vida y esta es la base del bienestar social.

Según datos oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Los Ríos es la cuarta provincia más poblada del país, después de Guayas, Pichincha, Manabí y Quevedo es la undécima ciudad con más habitantes. (INEC, 2010)

Solo en los cantones del Norte, Buena Fe, Valencia, Mocache y Quevedo hay aproximadamente 250 mil habitantes, que se encuentra en las provincias de Bolívar que tiene 168 mil habitantes y Cañar porque tiene 206 mil habitantes.

Según estos resultados, Quevedo tiene una población mucho mayor que Babahoyo y tiene la población, y las condiciones agrícolas son el centro económico de la provincia. La protección social básica, esta debe ser entendida como el acceso a la educación de calidad, servicios de salud integral, agua segura y permanente, alimentos sanos, suficientes y nutritivos, hábitat seguro y saludables, vivienda adecuada y digna, seguridad social universal y derecho a la movilidad.

1.2.4. Contexto Institucional

Reseña histórica del Centro Gerontológico de Quevedo.

En la década de 1980, se formó en Quevedo un grupo de mujeres llamado "Frente Femenino de Defensa Civil", el mismo que, en conjunto empezaron dando servicio de asistencia médica, comida y alimentos a las víctimas de la época invernal que asoló al litoral ecuatoriano.

Superado el fenómeno natural cambia la razón social a "Asociación Probienestar Social para Quevedo", trabajando en las actividades y ayudando a los sectores más necesarios de la sociedad civil.

En la década de los 80, solo hay un hogar de ancianos en Babahoyo en el sentido de la necesidad de un hogar para ancianos en el Cantón Quevedo, por lo que este grupo dirigió sus esfuerzos para lograr este objetivo.

El trabajo realizado para lograr este objetivo fue muy duro. Las primeras personas en llevar a cabo la construcción del Centro Gerontológico, fueron la Lcda. Mercedes

Olvera de Araque y el Sr. Marcos Calderón, siendo este último quien donó la tierra a los 55 años de edad; 17 de noviembre de 1987; La extensión de este terreno es de 2500 m²; Su infraestructura es de hormigón y tiene una superficie total de 1000 m², que incluye dormitorios, comedor y bodegas.

Actualmente funciona el Centro Gerontológico, en donde son atendidos 70 adultos mayores en dos modalidades, diurna y de residencia, El centro cuenta con toda la infraestructura y el personal adecuado para cumplir estas funciones, es este lugar donde se llevó a cabo esta investigación.

La institución responsable directo de su funcionamiento es el Ministerio de Inclusión Económica y Social. MIES.

La protección social básica, esta debe ser entendida como el acceso a la educación de calidad, servicios de salud integral, agua segura y permanente, alimentos sanos, suficientes y nutritivos, hábitat seguro y saludables, vivienda adecuada y digna, seguridad social universal y derecho a la movilidad.

1.3. Situación Problemática

El envejecimiento es un proceso dinámico progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos, sociales que se encuentran interrelacionados entre sí. A nivel biológico hay descompensación en enfermedades que ocurren hospitalizaciones frecuentes. En el orden psicológico, hay una pérdida progresiva e irreversible de los procesos psíquicos, una mala confrontación con el estrés, el pesimismo y la autoevaluación negativa. A nivel social, hay pérdida de los roles sociales.

El abandono familiar se ha incrementado hasta tal punto que es un fenómeno social preocupante, en las familias se puede observar el rechazo por la vejez, lo que conlleva al abandono de los adultos mayores, los problemas intrafamiliares terminan desatendiendo las necesidades básicas del adulto mayor, fomentando baja calidad de vida y trastornos emocionales como la depresión

De todos los cuadros psiquiátricos, la depresión, es la más frecuente en la primera mitad de la vejez (65 a los 75) y su prevalencia se distribuye en depresión y demencia en la segunda mitad (75 -80 años). Se estima que para el 2020 será el mayor problema de salud en el mundo, por encima de todos los padecimientos para este grupo de edad. (Cardona, 2015)

La depresión en adultos mayores tiene una prevalencia alta y produce un impacto negativo en la calidad de vida, se muestran con menos ánimo, con más ansiedad y más quejas somáticas, se ha observado que la prevalencia es mayor en los adultos mayores residentes en los centros de acogida o de reposo. El adulto mayor con síntomas depresivos puede desencadenar en una serie de riesgos que expresan su sintomatología, en el aspecto funcional puede reflejar abatimiento, tristeza, soledad, irritabilidad, ansiedad. En la mayoría de los cuadros predomina la tendencia a somatizar.

1.4. Planteamiento del Problema

1.4.1. Planteamiento general o básico

¿Cómo incide el abandono familiar en los cuadros depresivos de los adultos mayores del Centro Gerontológico de Quevedo?

1.4.2. Sub-problemas o derivados

- ¿Cuáles son los factores que inducen al abandono familiar de los adultos mayores?
- ¿De qué forma se puede identificar los cuadros depresivos de los adultos mayores en estado de abandono?
- ¿Qué estrategias se puede aplicar para una intervención de psicología clínica en cuadros depresivos del adulto mayor?

1.5. Delimitación de la investigación

1.5.1. Delimitación espacial.

El trabajo de investigación se realizó en el Centro Gerontológico Quevedo ubicado en el kilómetro 2 y medio vía Buena Fe, del cantón Quevedo, Provincia de los Ríos.

1.5.2. Delimitación temporal

La ejecución de este trabajo se realizó en un período de 6 meses que comprende Octubre a Marzo del año 2018-2019.

El tiempo se ha considerado en base al proceso y a la proyección que implica la visita a los adultos mayores del Centro Gerontológico de Quevedo y tabular los resultados al final, para concluir esta investigación

1.5.3. Delimitación Demográfica.

El Centro Gerontológico de Quevedo cuenta con dos modalidades de atención que son: Residente con 25 adultos mayores 1 mujer y 24 varones. Diurno con 45 adultos mayores 23 mujeres y 17 varones. Contabilizándose en total 70 personas. Además se cuenta el personal que lo atiende, son 5 profesionales.

Área: Centro Gerontológico de Quevedo

Campo: Adultos mayores, modalidad diurno y residencial

Tema: Abandono familiar y la depresión en adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo, del cantón Quevedo provincia de Los Ríos

Problema: ¿Cómo incide el abandono familiar en los cuadros depresivos de los adultos mayores del Centro Gerontológico de Quevedo?

1.6. Justificación

Es importante conocer los cambios que se presentan en la vejez, y como se manifiestan en su comportamiento y en sus sentimientos, desafortunadamente la sociedad ha desentendido lo que significa llegar a esta etapa, se la confunde como una pérdida, un deterioro y no como un progreso del cual podemos aprender.

Estudios científicos psicosociales determinan que los cambios psicológicos y sociales acerca del envejecimiento, no puede ser tratado como un mero proceso biológico sino también cultural, mental y social, de tal modo que se debe analizar el proceso del envejecimiento desde todos estos puntos de vista abordando lo Biológico pero también el Psicosocial, psicocultural, Socioeconómico y Político.

En el Centro Gerontológico de Quevedo, son atendidos especialmente adultos mayores que sufren de abandono físico en la mayoría de los casos, esto ocurre cuando las necesidades básicas del anciano (alimentación, abrigo, higiene, cuidados médicos, protección y vigilancia de las situaciones peligrosas) no son atendidos, temporaria o permanentemente por ningún miembro de la familia, ocasionando estados depresivos en el adulto mayor.

El daño que produce el maltrato al anciano afecta su integridad física provocando en ocasiones traumatismos irremediables y sobre todo deteriora en forma directa su dignidad, reflejada con ansiedad, miedo, nostalgia, sentimiento de inutilidad, desesperanza, mostrándose desgraciado, torpe, enfermo con poca valía, se autocrítica negativamente y se encuentra deprimido la mayor parte del día.

1.7. Objetivos de la Investigación

1.7.1. Objetivo general

Determinar la incidencia del abandono familiar en los cuadros depresivos de los adultos mayores del Centro Gerontológico de Quevedo

1.7.2. Objetivo específicos

- Identificar los factores psicosociales que inducen al abandono familiar de los adultos mayores y que se encuentran alojados actualmente en el Centro Gerontológico Quevedo.
- Determinar los cuadros depresivos, síntomas y características de los adultos mayores en estado de abandono del Centro Gerontológico
- Elaborar estrategias terapéuticas que se puedan aplicar, para una intervención de psicología clínica en cuadros depresivos del adulto mayor.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Conceptual

2.1.1. Adulto Mayor

Existen varias definiciones sobre el término adulto mayor. Se dice que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que debe abandonar su trabajo, se hace referencia a la jubilación, además por ley se contempla los requisitos de edad y trabajo, pero en general se considera adulto mayor a quienes han alcanzado un rango de edad en Ecuador es a partir de los 65 años. (Arzate, 2016)

El término “envejecimiento” se asocia comúnmente al proceso biológico que experimenta una persona cuando va ganando años. Sin embargo, el comienzo y la percepción de la vejez tiene que ver no solo con la evolución cronológica sino también con los fenómenos de naturaleza biopsicosocial (Cervilla, 2016)

El adulto mayor vive una etapa llena de cambios a nivel biológico, psicológico, social y ambiental que determinan su nuevo estilo de vida. El adulto mayor presenta una serie de cambios físicos que afectan a cada uno de los sistemas y aparatos del cuerpo humano, es así que los cambios más importantes y las patologías clásicas de este grupo de edad pueden empeorar.

El envejecimiento es un proceso físico inevitable de detener, este proceso afecta las funciones de la persona y se efectúa a lo largo de toda la vida, la vejez marca un rango definido de edad. Históricamente los adultos mayores eran considerados sabios e historiadores a quienes se consultaban los problemas y había una gran tristeza por la pérdida de alguno de ellos, los adultos eran considerados como excepcionales, originaban respeto por sus conocimientos y no creaban problemas a la comunidad. (Cervilla, 2016)

2.1.2. Cambios asociados al envejecimiento.

La mayoría de las definiciones sobre la vejez enfatizan en los cambios en el aspecto biológico y plantean los cambios que se producen producto de un proceso desfavorable de cambio a nivel fisiológico y anatómico, producto del paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte. (Arzate, 2016)

En la vejez se da una reducción de la capacidad funcional del individuo, se puede encontrar una declinación de las funciones intelectuales tales como: análisis síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación, además pérdida de la percepción y memoria visual inmediata.

El anciano incrementa el temor a lo desconocido, porque al tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales les produce sentimientos de inseguridad, que son agravados por las situaciones socio culturales que los ubican en una posición de desventaja en relación a los otros individuos.

Estos son cambios que ocurren lentamente y no se pueden detectar fácilmente, incluidos los cambios en el sistema capilar, que cubren la distribución, el color, el grosor y la fuerza del cabello. Los cambios en la altura también se concentran acentuando una curva natural de la columna vertebral.

Otras reacciones que pueden sufrir las personas de esta edad al enfrentar la angustia y la frustración por las pérdidas son la depresión y regresión, La depresión no es necesariamente un síntoma de envejecimiento pero se relaciona con el ambiente y la relación social donde se encuentra el anciano, el cual lo conduce al aislamiento esto quiere decir que le dificulta entablar relaciones sociales significativas.

El medio social determina significativamente las condiciones de envejecer, cada una de las dimensiones biológica, psicológica y social, están relacionadas directamente con las personas de la tercera edad.

2.1.3 La familia y el adulto mayor

La familia es el grupo natural del ser humano, es un ser único y particular, cubre prácticamente a la gran mayoría de los miembros de una sociedad, donde se cumplen las funciones principales de la socialización, y el sujeto adquiere su identidad y su posición individual.

Los padres tienen la expectativa de ser recompensados con afecto, apoyo moral y asistencia financiera o en especie en el caso de jubilados y cuidado de ancianos en caso de enfermedad. Es en el juego de estas expectativas mutuas que operan muchos de los nuevos conflictos intergeneracionales entre hijos adultos y padres viejos. (Anzuategui, 2017)

El ser humano no puede vivir completamente aislado, porque tiene un instinto sociable muy desarrollado y necesita a su familia, sobre todo y entre otras cosas, cuando pretende alcanzar los 120 años con una calidad óptima. De ahí la importancia de este grupo social en el cuidado y cuidado de los ancianos y el papel desempeñado por los ancianos como parte integral de él.

La familia del adulto mayor es prácticamente lo principal que debe ser, ya que, en esta etapa de la vejez, los ancianos deben sentirse en un ambiente acogedor, en el que brindan apoyo financiero para cubrir sus gastos, necesitan apoyo moral, ya que la mayoría de las personas mayores cuando llegan a cierta edad no pueden realizar actividades por sí mismas y necesitan la ayuda de otros, y sobre todo hacer que se sientan parte de la sociedad, no aislarlas de ella.

2.1.4. Calidad de vida

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que

vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus Este es un concepto muy amplio que está influenciado de manera compleja por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con los elementos esenciales de su entorno”. (OMS, 2017)

La calidad de vida en los adultos mayores implica seguridad económica e inclusión social y necesariamente apoyo social y familiar para las personas que desean continuar viviendo en la comunidad en sus hogares, deben ser atendidos como una familia, lo que implica un apoyo material y emocional para los familiares que con diversos grados, participar en la acción de cuidado.

Es evidente que la red social adecuada es el núcleo familiar, los hijos y la esposa son el mayor apoyo para los ancianos, los resultados también indican una relación positiva en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez, en un ajuste adecuado en el estado físico y salud psicológica

El adulto mayor está actualmente abandonado por sus familiares o las personas que están a cargo de él, pero la ley los sancionará por este acto inhumano, ya que necesitan estar en compañía de su familia, sentirse amados, darles el apoyo que necesitan para que lo que queda de sus vidas, vivan en un ambiente agradable de paz y amor con sus seres queridos, sin embargo, hay personas que los excluyen, los marginan y abandonan a los adultos mayores, dejándolos a la deriva en esta etapa de sus vidas toda la vida.

La OMS indica que los ancianos son esas personas cuyo estado de salud no se considera en términos de déficit, sino de mantenimiento de las capacidades funcionales y hasta 60 años. El envejecimiento, la causa física y Cambios psicosociales que dificultan la adaptación del sujeto al mundo que lo rodea.

En general, esta etapa de la vida está relacionada con la enfermedad, el deterioro y la demencia, considerando que estas personas ya no pueden realizar funciones familiares o del trabajo que les corresponda. , sin tener en cuenta los aspectos de la autonomía y los derechos en el período de la vida, luego las declaraciones peyorativas que funcionan como una forma de presentar y justificar el abuso

La Constitución de la República del Ecuador (2008), establece que las personas mayores deben contar con una "asistencia económica y psicológica adecuada para garantizar su estabilidad física y mental. La ley sancionará el abandono de las personas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su La protección del adulto mayor se ve afectada al principio por un abandono social y familiar, es decir, la comunicación termina en el núcleo familiar, los sentimientos pasan al olvido en combinación con el aislamiento, desplazando la ruptura de los vínculos afectivos causando una ruptura. Dentro de una familia así como las personas afectadas. (Constitución, 2008)

2.1.5. Abandono del adulto mayor

La negligencia o abandono es el descuido que se da por parte de los familiares o por parte de los miembros de la familia, implica descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de uno.

El abandono social es una realidad y su consecuencia es la ausencia del reconocimiento que todos los seres humanos necesitan para desarrollarse satisfactoriamente. El reconocimiento social de todos sus miembros es el pilar del crecimiento de una colectividad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece por maltrato de adultos mayores, lo siguiente:

“Un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza. Puede adoptar diversas formas, como el maltrato físico, psíquico,

emocional o sexual, y el abuso de confianza en cuestiones económicas. También puede ser el resultado de la negligencia, sea esta intencional o no” (OMS, El abandono social como forma de maltrato, 2015)

El aislamiento y la soledad en el anciano sigue siendo cada vez más patente en una sociedad inmersa en una creciente competitividad y deshumanización. Se ha observado que aproximadamente 20 por ciento de la población experimenta la soledad y el abandono social, en un entorno de estrés y violencia, lo que ha ocasionado importantes cambios sociales y culturales que han venido a neutralizar los valores tradicionales que protegían a la familia y en especial a los adultos mayores.

Con base en las características anteriores se advierte que el tipo principal de abandono que sufre el adulto mayor es la falta de atención y cuidado por parte de los familiares, el cual afecta directamente los aspectos psicológicos y emocionales. Los adultos mayores suelen deprimirse, presentan falta de apetito, y en casos más graves, el deseo de no vivir. (Arzate, 2016)

2.1.6. Causas del Abandono

2.1.6.1 Abandono económico.

La economía es un factor que repercute profundamente la vida familiar. Cuando hablamos del aspecto económico, primero debemos referirnos al mal uso o explotación del dinero o las posesiones de los ancianos, así como al bloqueo del acceso a dicho activo que implica daño, pérdida, transformación, robo, destrucción, retención o falsificación de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las personas mayores. (Anzuategui, 2017)

Algunos adultos mayores gozan de pensión económica en diversa forma por jubilación, invalidez o viudez, pero existe un porcentaje que no cuenta con los medios necesarios de cuidado y manutención, muchos de ellos son abandonados o internados en hogares que se sostienen con donaciones gubernamentales.

2.1.6.2. Abandono por maltrato

El maltrato a personas mayores es un acto aislado o repetido, u omisión de una intervención apropiada, en el contexto de una relación en la que hay expectativas de confianza y que causa daño o angustia a una persona mayor. (Arzate, 2016)

El abuso usualmente ocurre en cualquier entorno (hogar, vecindario e instituciones, entre otros) y a nivel sociocultural, usualmente se presentan dos o más de los siguientes tipos:

Abuso físico. Cualquier acto no accidental que cause daño corporal, dolor o deterioro. Por ejemplo, uso inapropiado de drogas, falta de comida o castigo físico.

Abuso psicológico a adultos mayores. Cuando la angustia, la devaluación y el sufrimiento son causados intencionalmente por actos verbales o no verbales. Por ejemplo, amenazas, insultos, intimidación, tratarlos como niños o aislarlos.

Abuso sexual o contacto sexual sin consentimiento. Por ejemplo, forzarlos a participar en acciones sexuales o no permitirles usar protección.

Abandono de adultos mayores por parte del cuidador. Por ejemplo, déjelo en lugares peligrosos, sin cuidado o encerrado.

Explotación financiera por despojo, destrucción o uso ilegal o inapropiado de su propiedad personal, propiedad o recursos.

Estructurales, es decir, los discriminan y marginan de la seguridad y el bienestar social en los sistemas de atención médica y las oficinas gubernamentales.

La indiferencia hacia los adultos mayores puede considerarse el primer paso para abusar, negarle la comunicación, no hablarle o escucharlo y no prestarle la mínima atención conduce al aislamiento. Se lo envía a dormir en el techo o en el patio de la casa de la misma familia, es decir, se abandona, lo que resulta en un abuso verbal para finalmente concluir con agresión física. (Anzuategui, 2017)

2.1.7. Factores asociados al abandono

Las dificultades socioeconómicas de las personas mayores se ven agravadas, en muchos casos, por las desigualdades de género y étnicas, que tienen un impacto en el ejercicio de los derechos (primera y segunda generación). Para la mayoría de las personas mayores con pocos recursos pueden superar estos obstáculos y tener los insumos, ya identificados, que les permiten tener una vejez fructífera, solo se requiere voluntad política, dada la naturaleza simple y económica de las intervenciones preventivas requeridas. Al mismo tiempo, para mejorar simultáneamente la calidad de la atención para la minoría física y mentalmente dependiente, es necesario introducir modalidades factibles ampliamente demostradas y factibles.

La vejez no es una enfermedad, pero representa un estado de especial vulnerabilidad debido a problemas como la soledad, que se siente sin compañía cuando se quiere y que es uno de los problemas más graves que afectan a los ancianos, especialmente si carecen de afecciones familiares. .

La soledad puede tener un efecto similar al del estrés crónico en la salud del cerebro y también puede afectar a los sistemas endocrino e inmunológico, de modo que pueden desarrollarse más enfermedades. En momentos de tristeza, enojo o decepción, muchas

personas prefieren aislarse y buscar tranquilidad en la soledad. Sin embargo, llega un momento en que la calma regresa y, con esto, la necesidad de sentir la compañía y el apoyo de todas aquellas personas que de una forma u otra los motivan a vivir.

2.1.8.- Depresión

La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como “una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”. En contraste con la tristeza normal, la depresión mayor tiene impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo. (MAUK, 2014)

La depresión es el desorden afectivo más frecuente en población adulta y una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo. La depresión en adultos mayores es una patología de gran importancia en la actualidad, dado el aumento global de la expectativa de vida y las comorbilidades crónicas que conlleva.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por profesionales de la salud mental, los profesionales están reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos pueden pasarse por alto fácilmente.

2.1.8.1. Síntomas de la depresión en adultos mayores

Es un error creer que es normal que los ancianos se depriman. Cuando una persona mayor se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez.

Los síntomas depresivos pueden deberse a los efectos secundarios de los medicamentos que toma la persona, o debido a una enfermedad física concomitante. Si se realiza el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o

psicoterapia ayuda a la persona deprimida a recuperar su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. (Valdez, 2017)

Por otro lado, los pacientes con enfermedades graves como cáncer, diabetes, enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares o enfermedad de Parkinson a veces se deprimen. Están angustiados de pensar en cómo la enfermedad cambiará sus vidas. Pueden sentirse cansados y no ser capaces de enfrentar las cosas que les causan tristeza. En estos casos, el tratamiento para la depresión también es muy útil porque les ayuda a lidiar con los síntomas de la enfermedad, mejorando así su calidad de vida.

Es posible que la persona no quiera hablar sobre su falta de interés en actividades normalmente placenteras o sobre su dolor después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el dolor puede durar mucho tiempo. Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por profesionales de la salud mental. Los profesionales están reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos pueden ser fácilmente pasados por alto. (MAUK, 2014)

La depresión en los ancianos, si no se diagnostica o trata, causa un sufrimiento innecesario para los ancianos y su familia. Con un tratamiento adecuado tendría una vida placentera. Cuando la persona mayor acude al médico, solo puede describir los síntomas físicos, siendo reacios a hablar sobre sus sentimientos de desesperanza y tristeza.

2.1.8.2. Factores de riesgo de la depresión

La depresión es un proceso complejo y multifactorial; la probabilidad de desarrollo depende del amplio grupo de factores de riesgo; sin embargo, hasta ahora ha sido posible establecer en su totalidad las múltiples interacciones entre ellos. El peso de cada uno de ellos es desconocido.

La investigación de los factores de riesgo de la depresión tiene algunas limitaciones: primero, es difícil establecer las diferencias entre los factores que influyen en el inicio y / o mantenimiento de la depresión; Segundo, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser las causas de las consecuencias de los mismos. Además, pocos estudios han evaluado su grado de influencia. (Mena, 2017)

2.1.8.3. Factores personales y sociales.

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en las mujeres que en los hombres, comenzando en la adolescencia y continuando hasta la edad adulta. Además, aunque la depresión es una causa importante de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es un 50% más alta en mujeres que en hombres. (Cardona, 2015)

Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco también son factores de riesgo importantes. Los rasgos neuróticos de la personalidad están asociados con una mayor incidencia de casos de depresión mayor y probablemente aumentan la posibilidad de desarrollar la situación ante eventos adversos en la vida.

También se asocian otras formas de psicopatología, especialmente con trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son generalmente factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y la distancia también se ha considerado como un factor predictivo importante del desarrollo posterior de un trastorno depresivo mayor. (Mena, 2017)

2.1.8.4. Factores cognitivos

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado principalmente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, los pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas y las creencias disfuncionales desempeñan un papel fundamental en el procesamiento de la información. (Cardona, 2015)

Estos y otros factores, como la reactividad cognitiva hacia eventos negativos, el estilo de respuesta incomprensiva y los sesgos de atención, se consideran clave en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

2.1.8.5. Familia y factores genéticos.

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales.

Por lo tanto, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de probabilidades de tener depresión que la población general, una proporción que también es importante en los pacientes de segundo grado.

2.1.9. Diagnóstico

Los criterios de diagnóstico más utilizados para la depresión, tanto en la práctica clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE) y los de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (DSM). (Cardona, 2015)

2.1.9.1. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10)

ICD-1054 clasifica la depresión mayor en el estado de ánimo o trastornos afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y F33 del trastorno depresivo recurrente, y el primero se subdivide en: (Mena, 2017)

- F32.0 episodio depresivo leve
- F32.1 episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo severo sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo severo con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe durar por lo menos dos semanas y al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión siempre deben estar presentes.

- Humor depresivo
- Pérdida de interés y capacidad de disfrutar.
- Mayor fatigabilidad.

Investigaciones científicas recientes indican que la psicoterapia breve puede ayudarlos en sus relaciones diarias y aprender a combatir los pensamientos distorsionados que generalmente acompañan a la depresión. La psicoterapia es efectiva para reducir los síntomas de depresión a corto plazo en las personas mayores, también es útil cuando los pacientes no pueden o no quieren tomar medicamentos. La depresión en la vejez puede tratarse eficazmente con un tratamiento psicoterapéutico. El reconocimiento y el tratamiento de la depresión en la vejez harán que este período de la vida sea más placentero para los ancianos deprimidos, para su familia y para quienes lo cuidan.

2.2. Marco Referencial

2.2.1. Antecedentes Investigativos: La depresión en el adulto mayor.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en los ancianos, incluso cuando su presencia puede pasar desapercibida; El estado de ánimo triste no es parte del envejecimiento normal y no es un acompañamiento natural e inevitable del declive de la actitud social. (Aranceta, 2014)

La depresión se ha convertido en una entidad patológica de gran interés, porque en los países desarrollados constituye la segunda o tercera causa de discapacidad o pérdida de capacidad. El problema de la depresión en el grupo de edad geriátrica es la dificultad para identificarla, lo que no solo tiene consecuencias académicas, sino también para el tratamiento.

La depresión es un estado mental que dura por lo menos dos semanas e incluye sentimientos de sentirse menos que los demás y de indecisión y funciones físicas atrofiadas y disminuidas que requieren grandes esfuerzos para realizar actividades; asimismo, este trastorno se acompaña de pérdida de interés para realizar cualquier actividad diaria e incluso experimentar cualquier placer de la vida, incluidas las interacciones familiares o amigos y los logros laborales o escolares.

Además, la depresión puede describirse como renuencia, falta de energía, lentitud motora, exceso o falta de apetito, dificultad en el pensamiento y la memoria, reducción de muchos intereses, pensamientos de muerte.

Es una enfermedad muy común en la que la persona se ve afectada para llevar una vida cotidiana normal. Las causas de ello se centran en que las personas se sienten más solas y que la presencia de familiares es nula, ya que en su conciencia tienen una gran dependencia familiar, no intentan ser felices por sí mismas o vivir la vida sin la presencia de algún familiar. Solo busca fuentes de distracción o aficiones que le ayuden a ser feliz.

2.2.2. Síntomas de depresión en adultos mayores.

Su origen es de factores diferentes y complicados, ya que están determinados por factores genéticos, biológicos y psicosociales.

Los síntomas pueden ser:(MAUK, 2014)

Síntomas físicos

- Dolores de cabeza molestos
- Malestar indefinido en las partes del cuerpo.
- Dificultades en la digestión o en el estómago.
- Sentimiento pesimista
- Ansiedad y preocupación

Síntomas Psicológicos

- Abatimiento.
- Decadencia emocional
- Desinterés por las aficiones que antes se disfrutaban.
- Presenta un sentimiento de decadencia, sin energía, cansado o en el caso contrario inquietud o inquietud.
- Sentirse culpable o inferior.
- Acreción o reducción del apetito o peso.
- Sentimientos de suicidio
- Complicaciones de la concentración y la memoria.
- Trastornos del sueño.

Síntomas Sociales

- Aislamiento, no permite relaciones con sus compañeros.
- No participa en actividades sociales.
- Lejanía
- Agresividad al contacto personal.

2.2.3. Efectos de la depresión en los ancianos.

Los efectos potencialmente dañinos para la salud de una persona mayor asociados con la depresión pueden estar relacionados con los hábitos alimenticios que terminan en obesidad o causando también una pérdida considerable de apetito y la reducción de los niveles de energía, a veces causados por una afección conocida como anorexia geriátrica. (Cardona, 2015)

2.2.4. Diagnóstico.

La depresión es difícil de diagnosticar en los ancianos, en parte debido a las características de la enfermedad y en parte porque los criterios actuales para el diagnóstico de depresión se adaptan con dificultad a la entidad clínica real observada en este segmento de la población. , que se caracteriza por haber sufrido mucho a lo largo de su vida y haber tenido condiciones de bienestar inferiores a las de hoy.

Para diagnosticar la depresión como un síntoma grave, generalmente toma al menos dos semanas, aunque pueden aceptarse períodos más cortos si los síntomas son excepcionalmente graves o de aparición repentina. Cualquiera de los síntomas anteriores se puede resaltar y adquirir un significado clínico especial. (Cardona, 2015)

Criterios diagnósticos para la depresión mayor.

- Cinco o más de estos síntomas deben estar presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio con respecto a la situación anterior.
- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, prácticamente todos los días, indicado por la impresión subjetiva del paciente (por ejemplo, sentimientos de tristeza o vacío) u observaciones realizadas por otros (por ejemplo, parece lloroso).
- Fuerte reducción del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, prácticamente todos los días (indicado por la impresión subjetiva del paciente o las observaciones realizadas por otros).
- Pérdida de peso significativa en ausencia de dieta, aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito prácticamente todos los días.
- Agitación o desaceleración psicomotora prácticamente todos los días (observable por otros, no solo sentimientos subjetivos de nerviosismo o apatía).
- Cansancio o pérdida de energía prácticamente todos los días.
- Sentimientos de desesperanza o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) prácticamente todos los días (no solo un auto reproche o un sentimiento de culpa por estar enfermo).
- Disminución de la capacidad de pensamiento o concentración o indecisión, prácticamente todos los días (ya sea una observación subjetiva o realizada por otros). (Caster, 2015)
- Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir) ideas suicidas recurrentes sin un plan específico o intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

2.2.5. Tratamiento

El tratamiento para las personas que sufren de depresión se puede administrar a los siguientes tres tipos de tratamientos:

- Tratamientos farmacológicos.
- Tratamientos cognitivos.
- Tratamientos de comportamiento

El tratamiento depende del tipo que se presente.

• Farmacoterapia

Se debe utilizar, como primera opción, en las siguientes situaciones, que constituyen las indicaciones para el tratamiento farmacológico para cualquier grupo de edad, incluido el de los ancianos. (Mena, 2017)

- En las depresiones moderadas a severas, el tratamiento de primera elección es la administración de fármacos; Hay consenso sobre este punto.
- En presencia de síntomas psicóticos, melancólicos o atípicos.
- En pacientes que han tenido un episodio depresivo anterior, han sido tratados con medicamentos y han respondido.
- Cuando se considera un tratamiento de mantenimiento a largo plazo.
- Cuando, por cualquier razón, el enfoque psicoterapéutico no es viable.

En los ancianos, la respuesta es similar a la de los adultos más jóvenes, pero son más sensibles a los efectos secundarios y al mayor riesgo de interacciones farmacológicas, debido a las alteraciones farmacocinéticas y el fármaco dinámico del envejecimiento y la presencia habitual de polipatología y poli-patía. .

Se recomienda comenzar siempre el tratamiento con dosis bajas y aumentarlas más lentamente que en adultos, sin caer en el gran peligro de estar bajo tratamiento, que es la causa principal del fracaso terapéutico.

2.2.6. Tratamientos cognitivos conductuales.

Los estudios han demostrado que la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia interpersonal y la terapia psicodinámica son modalidades de tratamiento que tienen efectos significativos en las tasas de remisión y reducción de los síntomas en pacientes ancianos deprimidos. (Boff, 2014)

También se ha demostrado que la terapia de grupo es efectiva y puede tener ventajas para muchos pacientes ancianos; En general, es menos costoso que el tratamiento individual, un factor que es muy relevante en nuestro entorno.

La TCC se basa en la premisa de que la depresión es causada por una combinación de déficits en las habilidades de afrontamiento, problemas con la regulación emocional y una perspectiva extremadamente negativa del mundo y la capacidad del paciente para funcionar correctamente en él.

Durante la sesión, al paciente se le enseñan nuevas habilidades para regular su eliminación de presión, aumentar sus niveles de actividad, desafiar el pensamiento negativo y aplicar estas nuevas habilidades en su vida diaria.

La intervención involucra la etapa de socialización del paciente con terapia, que incluye sesiones introductorias y de desarrollo de habilidades para aumentar la activación conductual del paciente a través de la programación de actividades agradables, estrategias cognitivas para desafiar pensamientos negativos y habilidades de comunicación. (Mena, 2017)

2.2.7. Psicoterapia Interpersonal para la Depresión

Tratar la depresión como una enfermedad asociada con una disfunción en las relaciones personales. Las disfunciones que tiene en cuenta son:

- Duelo: se trata de tomar una pérdida.
- Disputa de artículos: para el debate en la pareja o con los padres o los hijos, el problema puede deberse a la falta de habilidades para obtener lo que quieren o tener expectativas demasiado altas o que no coinciden en la pareja.
- Transición en un rol social: puede ser en el trabajo cuando se cambia la situación de una promoción y para pasar al desempleo.
- Déficit interpersonal: se manifiesta en el aislamiento social. La depresión, tal como se determinó en la realización de este proyecto de investigación, se está convirtiendo en los últimos años en un grave problema de salud mental y sus índices son más altos en las personas mayores porque son más susceptibles de padecerlo.
- Todos los cambios físicos, psicológicos y sociales que ello conlleva.

2.2.8. Terapia ocupacional en los adultos mayores

Los terapeutas ocupacionales que trabajan con personas mayores se encuentran con personas con trastornos psiquiátricos.

La demencia y la depresión son los trastornos que se observan con mayor frecuencia.

Los pacientes con depresión tendrán dificultades para realizar tareas debido a un déficit de hábitos. Saben perfectamente cómo hacer las tareas, pero como les falta motivación, sus rutinas se interrumpen. (Igarciá, 2016)

Síntomas como:

- Falta de atención
 - Falta de energía.
 - Déficit en la resolución de problemas.
 - Retraso psicomotor.
 - Apatía
 - Indiferencia ante las expectativas de los demás.
-
- **Los hábitos.**

Los terapeutas ocupacionales que trabajan en geriatría deben estar preparados para evaluar y tratar las disfunciones en el desempeño de las tareas debido a discapacidades cognitivas y afectivas.

Para realizar una tarea el paciente debe tener:

- Capacidad cognitiva, para planificar la actividad.
- Capacidad del motor, para llevarla a cabo.
- Capacidad afectiva, para poner interés.

Si hay alguna deficiencia en cualquiera de estas tres áreas, la tarea no podrá desarrollarse.

El enfoque que debe utilizar el terapeuta ocupacional debe ser biopsicosocial. Por ejemplo, un terapeuta ocupacional puede enseñar a un paciente con un diagnóstico de

depresión y fractura de cadera, el uso del caminante que trabaja en las áreas cognitiva y biológica, para asistir a una actividad de grupo, que trabaja en el área social.

En geriatría, la terapia ocupacional se centra en el desempeño de la tarea: ejecución hábil de tareas de movilidad, cuidado personal, administración del hogar, recreación y trabajo. (Fernandez, 2015)

Los ancianos están motivados para aprender tareas que perciben como relevantes para sus vidas diarias. Por lo tanto, las actividades propuestas por el terapeuta ocupacional deberán dirigirse a objetivos específicos planificados conjuntamente con el paciente. Esto logrará las necesidades del paciente anciano: independencia, seguridad, estimulación y autoestima, a través del desempeño de las tareas.

El terapeuta ocupacional, cuando recibe a un paciente anciano con un diagnóstico médico de depresión, realizará una evaluación que puede tener varios objetivos dependiendo de la razón por la cual el paciente es enviado a terapia ocupacional.

Las razones más comunes para realizar una evaluación son:

- **Realizar un examen de la discapacidad.**

El propósito es identificar a los pacientes que tienen discapacidades (disfunciones en el desempeño de las tareas) y que son susceptibles de una evaluación más extensa. Se realiza una valoración a la entrada de la asistencia psiquiátrica. Es conveniente tener procedimientos de selección cortos y fáciles de administrar. Deben ser muy sensibles. (López, 2013)

Específicamente en la depresión es útil preguntar al paciente sobre:

- ¿Cómo describirías tus perspectivas en la vida?

- ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? ¿Cuántas veces te despiertas en el transcurso de una noche? ¿Cuánto tiempo se tarda en volver a dormirse?
- ¿Qué actividades te dan placer últimamente? ¿Qué actividades has abandonado últimamente?
- ¿Cómo te sientes últimamente? ¿Crees que los demás te valoran? ¿Sientes que eres una carga o que eres una mala persona?
- ¿Ha disminuido su energía en los últimos tiempos? Háblame de tus actividades diarias. Que haces por la tarde
- ¿Has notado algún cambio en tu capacidad de concentración? ¿Has notado algún cambio en tu memoria?
- ¿Cómo es tu apetito? ¿Ha cambiado tu peso?
- ¿Te sientes triste a menudo? ¿Has pensado en hacerte daño?

- **Describir el estado funcional.**

Se realiza para proporcionar información sobre las tareas de la vida diaria que el paciente puede realizar de forma independiente y dependiente. Proporcionar datos para planificar una intervención de terapia ocupacional. (Cardona, 2015)

2.3. Categoría de Análisis

La depresión en las últimas etapas de la vida (DEA) se refiere a los síndromes depresivos que surgen en adultos mayores de 65 años descritos en el DSM-IV y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

En general, en esta edad estos síndromes afectan a las personas con enfermedades crónicas, deterioro cognitivo o discapacidad motora. Aunque se ha avanzado en la descripción y el tratamiento de este tipo de depresión, todavía tiene consecuencias perjudiciales.

El problema familiar es aún más grave en la vejez, ya que es un camino difícil para los adultos mayores del centro gerontológico de Quevedo, porque muchos de ellos no cuentan con apoyo familiar y, lo que es peor, algunos ancianos han sido abandonados por sus familias en las calles y han sido bienvenidos en el centro mencionado, en el grupo de asistentes también se percibe que buscan mantenerse ocupados o compartir con otros de su misma edad, ya que sus familias tienen muchas ocupaciones y de esta manera no se sienten tan solos.

2.4. Postura Teórica

En la presente investigación, se propuso una teoría que ayuda a comprender la depresión en los ancianos por causa del abandono familiar, para conocerlos y diferenciarlos, así como los aspectos de la familia en que se desarrolla el adulto mayor y su relación con su estado emocional.

El abandono de la familia se ha incrementado hasta tal punto que es un fenómeno social preocupante porque no tiene la infraestructura necesaria para satisfacer las necesidades que se presentan y que aumentarán con el tiempo.

Este proyecto asume una posición asociada con el paradigma constructivo, desde el comienzo de la existencia del ser humano se conoció la depresión por varios nombres sin ningún tratamiento y con los años ha sido capaz de generar conocimiento y procedimientos para resolver una situación problemática, que implica que las ideas se modifican con el paso de los años y aparecen nuevos tratamientos que alivian los síntomas de la depresión, ya que la ciencia no siempre es constante y evoluciona constantemente.

Varios autores recomiendan que si bien el envejecimiento es una parte inevitable de la vida, la depresión no debe ser parte de ella, por lo que los investigadores están de

acuerdo en que el reconocimiento temprano, el diagnóstico y el tratamiento pueden contrarrestar y prevenir las consecuencias emocionales y la depresión física.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por profesionales de la salud mental, los profesionales están reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos pueden ser fácilmente pasados por alto.

Los profesionales también detectan mejor los síntomas depresivos que se deben a los efectos secundarios de los medicamentos que toman los ancianos, o debido a una enfermedad física concomitante, si se realiza el diagnóstico de depresión.

El tratamiento con medicamentos o ayuda psicológica ayuda a la persona deprimida a recuperar su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria, las investigaciones científicas indican que la atención psicológica es eficaz para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en las personas mayores.

2.5. HIPÓTESIS

2.5.1 Hipótesis general o Básica

La atención al abandono familiar, disminuiría los casos depresivos de los adultos mayores del Centro Gerontológico de Quevedo

2.5.2 Sub-hipótesis o derivadas

- La intervención de los actores sociales públicos y privados controlarían los factores que inducen al abandono familiar de los adultos mayores.
- El reencuentro familiar y el contacto con sus pares mejoraría los cuadros depresivos de los adultos mayores.
- Las terapias de intervención de psicología clínica ayudarían a recuperar la autoestima de los adultos mayores en estos casos.

2.6. Variables

2.6.1. Variable Directa

El abandono familiar en los adultos mayores

2.6.2. Variable Indirecta.

La depresión como efecto del abandono familiar a los adultos mayores.

CAPÍTULO III

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Resultados obtenidos de la investigación

3.1.1. Pruebas estadísticas aplicadas

El proceso de análisis de los resultados de la encuesta se lo realizó al grupo de personas que se encuentran en el Centro Gerontológico de Quevedo, donde se realizó la investigación.

La población Universo considerada para esta investigación son 75 personas 70 son adultos mayores y 5 personas profesionales responsables del cuidado de los adultos mayores.

En esta investigación por ser la población a investigar menor, no se aplica la fórmula para establecer el muestreo aleatorio. La muestra queda establecida de la siguiente manera: (cuadro 1)

Cuadro 1 Muestra.

Muestra	Atención ambulatoria:		Residentes. Nocturno	
	Diurno		hombres	mujeres
	hombres	mujeres	hombres	mujeres
Adultos mayores	17	23	24	1
Cuidadores	2	3	2	3
Subtotal	19	26	26	4
Total	Diurno 45 personas		Nocturno 30 personas	

Elaborado por: Autor

Fuente: Centro Gerontológico Quevedo

3.1.2. Análisis e interpretación de datos

Encuesta dirigida a los adultos mayores del Centro Gerontológico Quevedo

1. ¿Qué tiempo tiene usted, asistiendo al Centro Gerontológico?

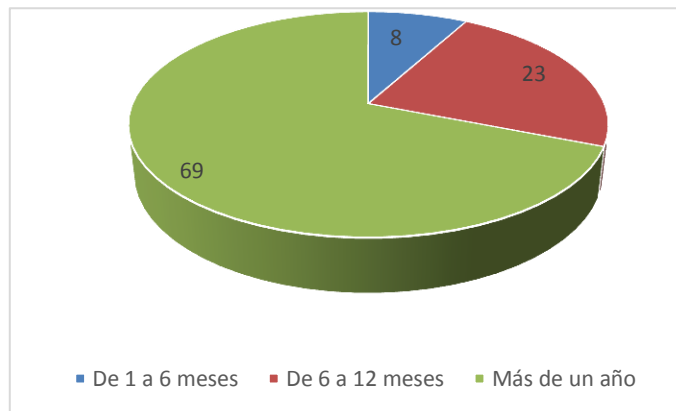
Tabla 1. Asistencia al Centro Gerontológico

OPCIONES	RESPUESTAS	%
De 1 a 6 meses	5	8
De 6 a 12 meses	15	23
Más de un año	45	69
TOTAL	65	100%

Fuente: Encuesta Centro Gerontológico Quevedo

Elaborado por: Autor

Gráfico 1 Asistencia al Centro Gerontológico



Análisis e Interpretación.

El 69% respondió que asiste al Centro Gerontológico más de un año siendo un porcentaje muy alto en comparación con los otros datos que corresponden un 23% de 6 a 12 meses y y 8% menos de seis meses. Por el tiempo que pasan en este Centro el mismo se convierte en su hogar para muchos de ellos donde conviven diariamente.

2. ¿Por qué motivo ingresó al Centro Gerontológico?

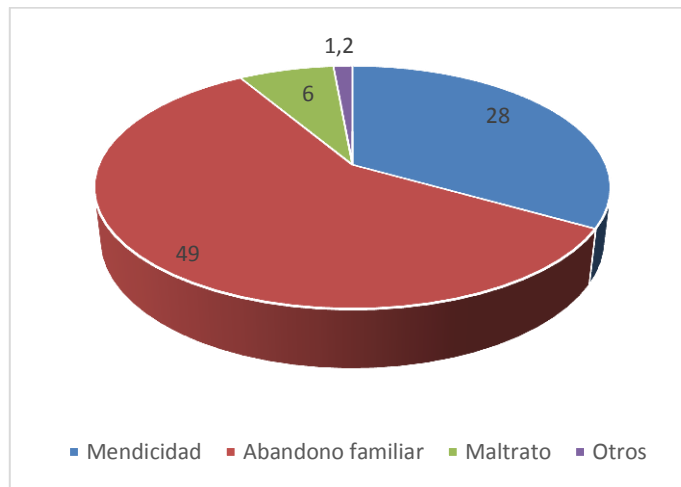
Tabla 2. Motivo de ingreso al Centro Gerontológico

OPCIONES	RESPUESTAS	%
Mendicidad	18	28
Abandono familiar	32	49
Maltrato	4	6
Otros	11	17
TOTAL	65	100%

Fuente: Encuesta Centro Gerontológico Quevedo

Elaborado por: Autor

Gráfico 2 Motivo de ingreso al Centro Gerontológico



Análisis e Interpretación.

Los resultados que se encontraron en referencia al motivo de ingreso, el mayor porcentaje corresponde al abandono familiar con un 49%, seguido de mendicidad con 28%, maltrato 6% y otros el 17%. El mayor motivo son las condiciones de abandono por parte de sus familiares, son personas que no tienen familiares cercanos quienes se responsabilicen por sus cuidados y atención diaria, junto a los problemas económicos y enfermedad.

3. ¿Tiene familiares que lo visiten?

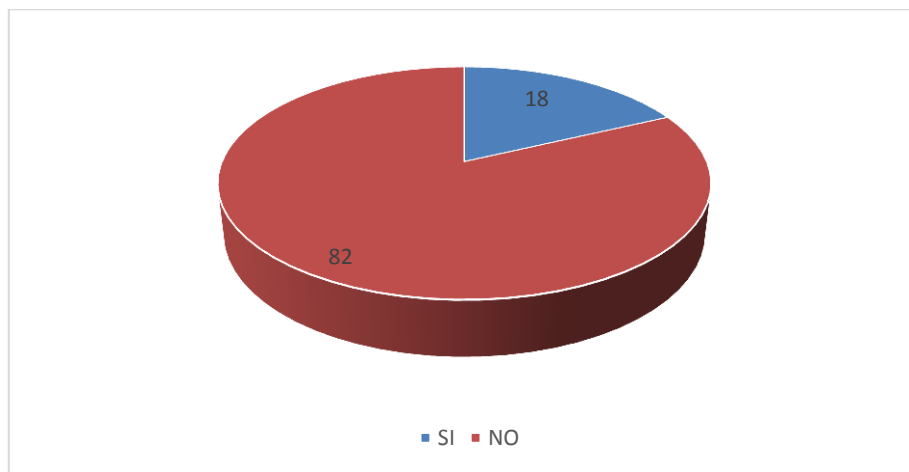
Tabla 3. Visita de familiares

OPCIONES	RESPUESTAS	%
SI	12	18
NO	53	82
TOTAL	65	100%

Fuente: Encuesta Centro Gerontológico Quevedo

Elaborado por: Autor

Gráfico 3 Visita de los familiares



Interpretación.

De las respuestas a los encuestados en referencia a si les visita los familiares, la mayoría responde que no el 80% y que si el 12%. Como se refleja en esta pregunta y se relaciona con la anterior la mayoría de los adultos mayores no reciben visita de sus familiares, situación que afecta a su estado de salud, física y emocional, las personas que reciben visitas son de la modalidad ambulatoria y otros refieren en alguna fiesta que se realiza en el Centro.

4. ¿Usted ha recibido atención psicológica en el centro Gerontológico?

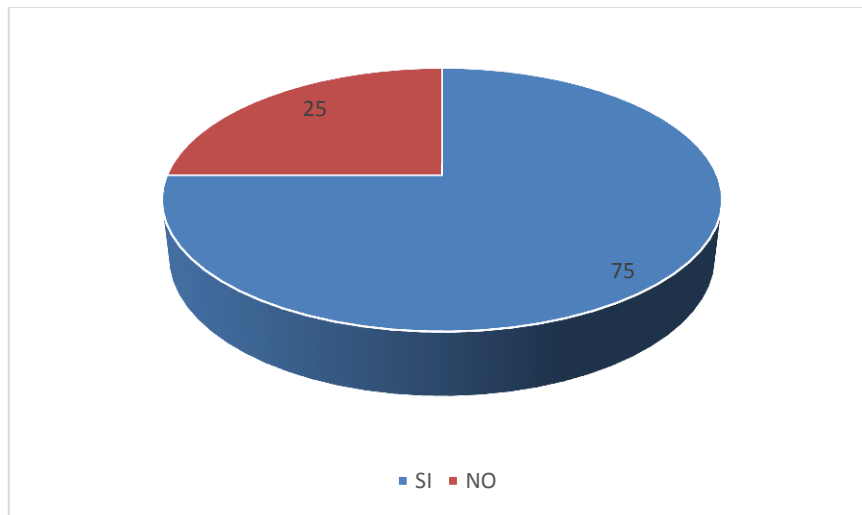
Tabla 4. Atención psicológica de los adultos mayores

OPCIONES	RESPUESTAS	%
SI	49	75
NO	16	25
TOTAL	65	100%

Fuente: Encuesta Centro Gerontológico Quevedo

Elaborado por: Autor

Gráfico 4 Atención psicológica de los adultos mayores



Análisis e Interpretación.

En respuesta a la atención psicológica el 75% responde que si ha recibido, y el 25% que aún no lo han recibido. El Centro Gerontológico cuenta dentro de su personal con un profesional de Psicología Clínica, quien valora los estados psicológicos de los adultos mayores.

5.- ¿Usted participa de las actividades con otros adultos mayores?

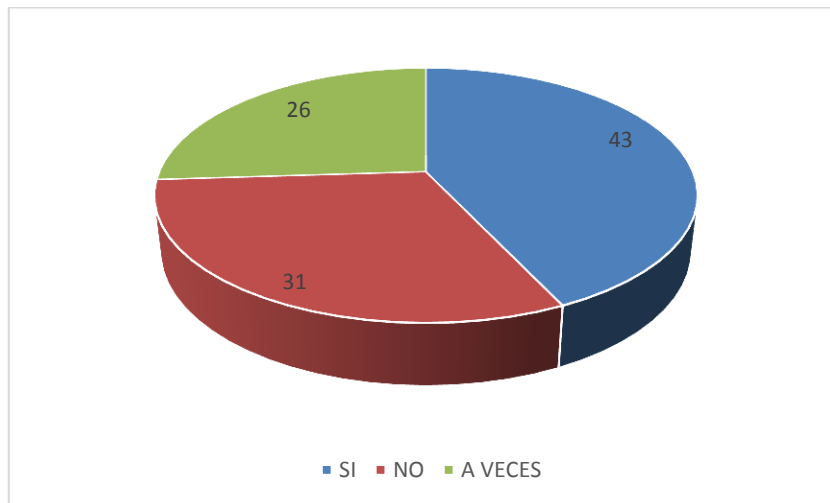
Tabla 5. Participación de actividades en el Centro Gerontológico

OPCIONES	RESPUESTAS	%
SI	28	43
NO	20	31
A veces	17	26
TOTAL	65	100%

Fuente: Encuesta Centro Gerontológico Quevedo

Elaborado por: Autor

Gráfico 5 Participación de actividades en el Centro Gerontológico



Análisis e Interpretación.

De las respuesta obtenidas en relación a la participación de los adultos mayores en las actividades el mayor porcentaje menciona que si lo hace con 43%, que no con 31% y a veces con 26%. Estos resultados reflejan la intención de participar, en algunas ocasiones no lo hacen por problemas de salud o estado de ánimo bajo.

6. ¿Las relaciones sociales con sus compañeros son positivas?

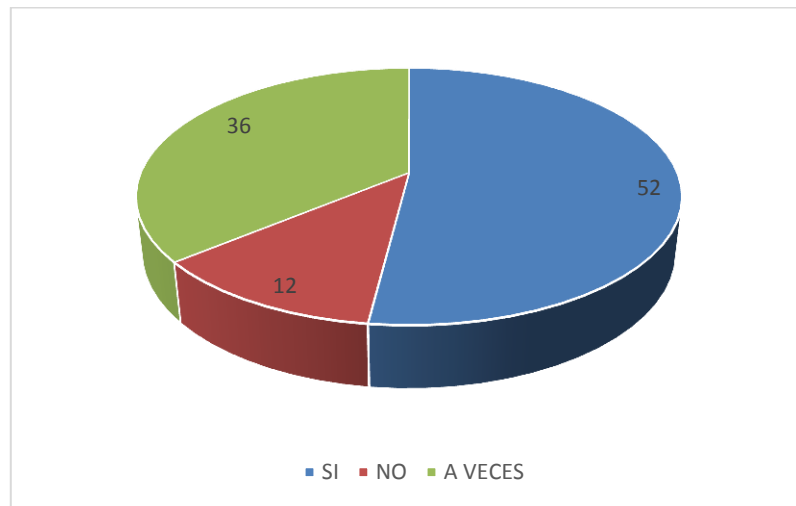
Tabla 6. Relaciones sociales con sus compañeros

OPCIONES	RESPUESTAS	%
SI	34	52
NO	8	12
A veces	23	36
TOTAL	65	100%

Fuente: Encuesta Centro Gerontológico Quevedo

Elaborado por: Autor

Gráfico 6 Relaciones sociales con sus compañeros



Interpretación.

Los resultados en referencia las relaciones sociales con sus compañeros son positivas las respuestas son que si 52% que no 12% y a veces 36%. Las respuestas indican que los adultos mayores mantienen buenas relaciones sociales con sus compañeros. En ocasiones no lo hacen por diferentes circunstancias entre estas el aislamiento o alejamiento y apatía, entre otras.

7.- ¿Recuerda hechos o eventos de su juventud?

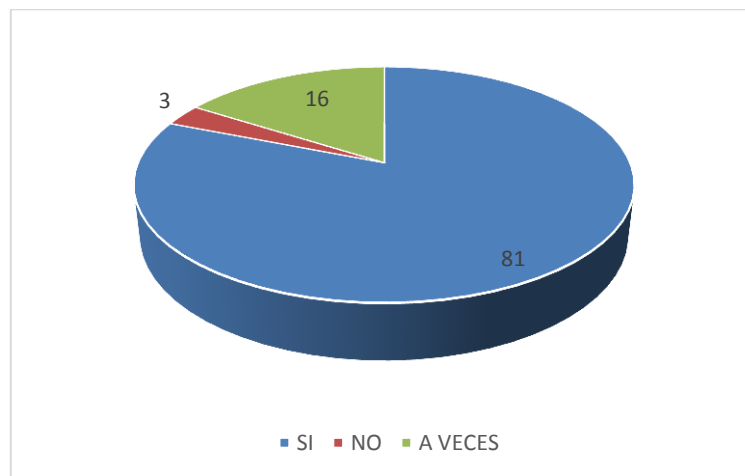
Tabla 7. Recuerdo de eventos pasados

OPCIONES	RESPUESTAS	%
SI	53	81
NO	2	3
A veces	10	16
TOTAL	65	100%

Fuente: Encuesta Centro Gerontológico Quevedo

Elaborado por: Autor

Gráfico 7 Recuerdo de eventos pasados



Interpretación.

En relación a esta pregunta acerca de si recuerda eventos pasados las respuestas son que si el 81% que no el 3% y a veces respondieron el 16%. La respuesta indica que al recordar los eventos pasados, recrean su mente aunque existe eventos dolorosos que les causa tristeza y por lo tanto lo evitan.

8. ¿Cuándo recuerda esos eventos usted que hace?

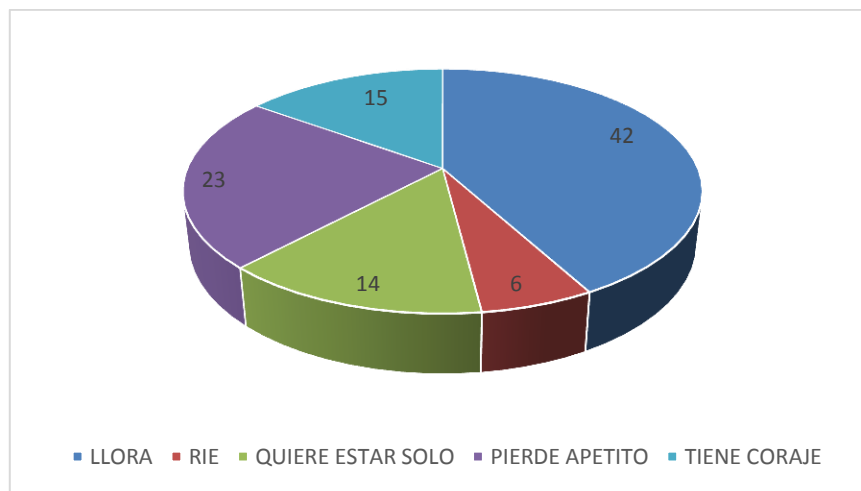
Tabla 8. Estado emocional frente a los eventos que recuerda

OPCIONES	RESPUESTAS	%
Llora	27	42
Ríe	4	6
Quiere estar solo	9	14
Pierde el apetito	15	23
Tiene coraje	10	15
TOTAL	65	100%

Fuente: Encuesta Centro Gerontológico Quevedo

Elaborado por: Autor

Gráfico 8 Estado emocional frente a los eventos que recuerda



Interpretación.

Los adultos mayores encuestados respondieron a esta pregunta que al recordar los eventos pasados la emoción que provoca es tristeza en un 42%. Esta pregunta se ha realizado, que pierde el apetito con 23%, tiene coraje con 15% y quiere estar solo un 14% y ríe un 6%. Los eventos pasados en su mayoría somatizan en tristeza y llanto.

9. ¿Con que frecuencia siente tristeza o melancolía?

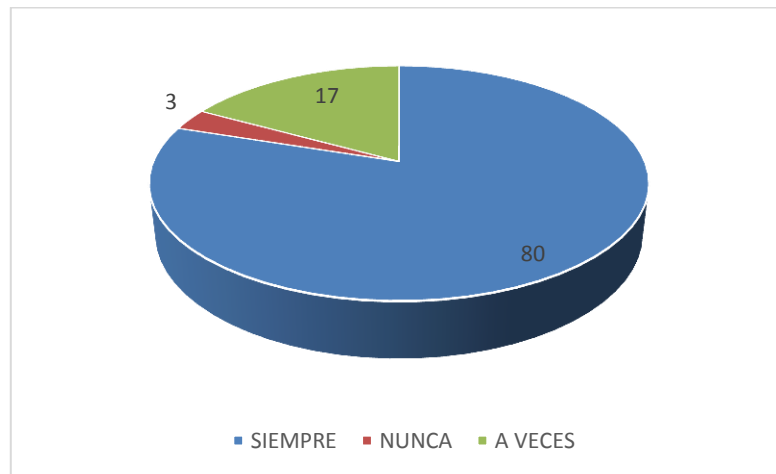
Tabla 9. Frecuencia al sentir tristeza o melancolía

OPCIONES	RESPUESTAS	%
Siempre	52	80
Nunca	2	3
A veces	11	17
TOTAL	65	100%

Fuente: Encuesta Centro Gerontológico Quevedo

Elaborado por: Autor

Gráfico 9 Frecuencia al sentir tristeza o melancolía



Interpretación.

Las respuesta a esta pregunta relacionada con la frecuencia que siente tristeza el mayor porcentaje corresponde a que si con un 80% y un 17% que a veces y un 5% que nunca. La tristeza es uno de los síntomas de la depresión, por tal motivo este porcentaje alerta para considerarlo muy importante si se suman otros síntomas.

10. ¿Le gustaría ser visitado por algún familiar conocido o amigo?

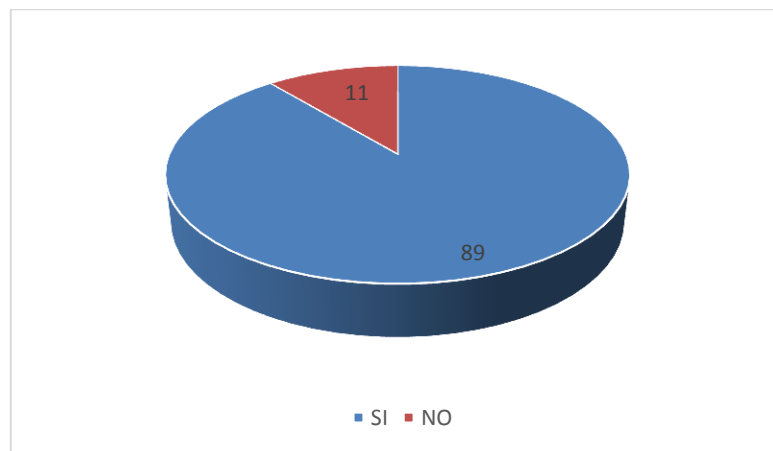
Tabla 10. Visita por algún familiar o amigo

OPCIONES	RESPUESTAS	%
SI	58	89
NO	7	11
TOTAL	65	100%

Fuente: Encuesta Centro Gerontológico Quevedo

Elaborado por: Autor

Gráfico 10. Visita por algún familiar o amigo



Interpretación.

Los adultos encuestados responden a esta pregunta relacionada con que les gustaría que le visite algún familiar, conocido o amigo en su mayor porcentaje que si con 89% y no con 11%. Esta es una reacción favorable para realizar acciones que fortalezcan vínculos con otras personas y mejoren sus relaciones sociales.

3.2. Conclusiones específicas y generales

3.2.1 Específicas

- Según la encuesta la mayor causa de depresión de los adultos mayores es por de abandono familiar sumado a los problemas económicos y de salud que en algunos casos lo llevan a la callejización y mendicidad son el mayor porcentaje de los adultos que se encuentran alojados actualmente en el Centro Gerontológico Quevedo.
- Los síntomas de cuadros depresivos de los adultos mayores en estado de abandono del Centro Gerontológico son en su mayoría tristeza, aislamiento, baja de apetito, enfermedades comunes, entre otros
- Las estrategias terapéuticas que se puedan aplicar, para una intervención de psicología clínica en cuadros depresivos del adulto mayor son personales y grupales, la psicoterapia incrementa los estados de ánimo y las actividades lúdicas mejora la relación entre sus pares

3.2.2. Generales

El estado de abandono familiar incide directamente en los cuadros depresivos de los adultos mayores del Centro Gerontológico de Quevedo, reflejándose en sus condiciones psicosociales, de salud emocional y de relaciones personales.

3.3. Recomendaciones específicas y generales

3.2.1 Específicas

- Realizar actividades psicoterapéuticas personales y grupales para prevenir cuadros de depresión de los adultos mayores que se encuentran alojados actualmente en el Centro Gerontológico Quevedo.
- Realizar una valoración psicológica clínica y médica de los adultos mayores para determinar su estado emocional y mejorar su estado de salud
- Establecer varias actividades lúdicas como el teatro, la música, la actividad comunitaria, para mejorar la relación entre sus pares.

3.2.2. Generales

Crear un ambiente familiar en el Centro Gerontológico para disminuir los índices de tristeza y soledad que causa el abandono familiar para mejorar sus condiciones psicosociales, de salud emocional y de relaciones personales.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DE APLICACIÓN

4.1 Propuesta de Aplicación de resultados

Se plantea como propuesta para una intervención psicológica personalizada, y grupal a los adultos mayores, a través de las terapias lúdicas con enfoque en mejorar el estado emocional de los adultos mayores del Centro Gerontológico de Quevedo de las modalidades diurna y residente.

4.1.1. Alternativa obtenida

Según los datos obtenidos en la encuesta se reflejan un alto porcentaje de adultos mayores que han sido abandonados por sus familiares, y por tal motivo presentan alteraciones en su estado de ánimo y sus relaciones con sus pares. La atención psicológica ayuda a reducir los estados depresivos, esta propuesta es una alternativa para mejorar los estados emocionales de los adultos mayores.

4.1.2. Alcance de la alternativa

Programa para apoyo psicoterapéutico con la aplicación de técnicas lúdicas, teatro, música, charlas, juegos recreativos, sesiones individuales y de grupo dirigido a los adultos mayores para mejorar su estado emocional y de relaciones con sus pares.

4.1.3 Aspectos básicos de la alternativa.

Terapias lúdicas. Personales y grupales.

Taller de reflexión: Trabajo grupal. El objetivo del grupo será que los sujetos tengan un espacio de reflexión donde hablar sobre lo que les sucede y cómo se sienten.

Musicoterapia: El objetivo es introducir un espacio donde la persona pueda crear, tocar, expresarse, conocer sus sonidos y lo otro. El espacio de la musicoterapia es un área en la que se promueven la manifestación emocional y la actividad lúdica, donde las percepciones, las sensaciones y las experiencias corporales son el punto de partida para que la persona encuentre sus propias posibilidades, su cuerpo y sus sonidos.

Teatro: Sociodrama. Esta actividad para los adultos mayores y en especial que han sufrido abandono familiar, es un puente para la inclusión, para la posibilidad de romper estigmas (como asociar esta etapa evolutiva con enfermedad, inutilidad, inactividad) y también construye un nexo entre el sujeto y sus viejos sueños, deseos y experiencias.

Compartiendo juntos: El Objetivo de esta actividad consiste en involucrar a los adultos mayores en actividades de apoyo comunitario, ayudar en las actividades comunitarias, Esta actividad ayuda a los ancianos a involucrarse activamente en la sociedad, a valorar sus habilidades, conocimientos y experiencias, a sentirse útiles y pueden ofrecer algo a la comunidad, rompiendo el estereotipo de "carga social" que a menudo acompaña a la vejez.

4.1.3.1. Antecedentes.

La encuesta realizada a los adultos mayores del Centro Gerontológico de Quevedo permitió establecer que realizar esta actividad es factible ya que un 70% es residente, y han estado recibiendo atención por más de un año. En relación con la hipótesis, se confirmó que existe una alta influencia con la condición de abandono, ya que más del 50% ha ingresado al centro gerontológico debido a problemas familiares, económicos (nadie quiere cuidar el cuidado de los ancianos).

Es importante conocer el estado de salud para que pueda participar en las actividades que se realizan, la mayoría de los adultos en la modalidad ambulatoria presentan buenas condiciones de salud física.

4.1.3.2. Justificación

Es importante la realización de esta propuesta porque contribuye a mejorar el estado emocional de los adultos mayores en estado de abandono que se encuentran en el Centro Gerontológico de Quevedo. Con estas actividades personales y grupales se fomenta la interacción con los otros adultos con quien se relaciona.

Los adultos mayores con esta alternativa serán beneficiados ya que el estado de ánimo de la persona mayor se mantendrá estable si tiene un buen apoyo, comprensión, y si mantiene una actitud positiva y aceptación para enfrentar los cambios que aparecen en la tercera edad. Ya que a menudo las personas mayores se deprimen durante esta etapa y se debe apoyarles a tener una ilusión de por vida a través de estas actividades lúdicas y de psicoterapia.

Para el personal que está al cuidado de los adultos mayores tendrán mejores herramientas para ayudarlos y evitar la depresión, para, escucharlo y compartir interactivamente su situación con otras personas que están experimentando los mismos cambios, expresar sus sentimientos y darse cuenta de que no están solos para enfrentarlos.

Se cuenta con la factibilidad de instituciones como el MIES que están a cargo del cuidado de los adultos mayores asignando personal calificado para la atención en las dos modalidades tanto diurna o ambulatoria como nocturna o residencial.

Con esta investigación los mayores beneficiarios son los adultos mayores y el personal que apoya a su cuidado, al contar con información nueva y técnicas psicoterapéuticas que al aplicarlo mejoran de forma significativa su calidad de vida.

4.2.2. Objetivos

4.2.2.1. General.

Diseñar un programa de actividades lúdicas con enfoque psicoterapéutico dirigido a los adultos mayores que presentan estados de abandono familiar y cuadros depresivos del Centro Gerontológico de Quevedo.

4.2.2.2. Específicos.

- Generar un sentimiento de autoestima y utilidad de las personas adultas mayores a través de los talleres de reflexión, musicoterapia, terapia y apoyo comunitario para mejorar las condiciones emocionales y evitar cuadros depresivos.
- Promover espacios de interacción que faciliten la socialización y el intercambio comunicativo en adultos mayores. Para deshacer mitos sobre problemas con los prejuicios negativos que los sustentan.
- Fomentar la participación en tareas recreativas con el apoyo del personal a su cuidado y fortalecer la confianza en sus propias habilidades.

4.3.3. Estructura general de la propuesta.

4.3.3.1. Título.

Programa de actividades lúdicas con enfoque psicoterapéutico dirigido a los adultos mayores del Centro Gerontológico de Quevedo

4.3.3.2. Componentes.

Técnicas psicoterapéuticas

Taller de reflexión: Trabajo grupal. El objetivo del grupo será que los sujetos tengan un espacio de reflexión donde hablar sobre lo que les sucede y cómo se sienten, por ejemplo, aquellos que se han retirado, o que sus hijos se han ido, para hablar sobre los mitos sobre la vejez, , prejuicios, etc. Un lugar para hablar sobre sus experiencias y sus sentimientos. También puede leer textos y trabajar con material que los sujetos quieran presentar al grupo. No será un grupo terapéutico, sino un grupo de reflexión y encuentro.

Musicoterapia: El objetivo es introducir un espacio donde la persona pueda crear, tocar, expresarse, conocer sus sonidos y lo otro. El espacio de la musicoterapia es un área en la que se promueven la manifestación emocional y la actividad lúdica, donde las percepciones, las sensaciones y las experiencias corporales son el punto de partida para que la persona encuentre sus propias posibilidades, su cuerpo y sus sonidos. En el juego de sonido, la música puede actuar como un disparador para nuevos pensamientos e ideas creativas. Desde el trabajo creativo, la persona puede rehacer, recuperar, reconstruir su mundo pasado y presente, construyendo así su propia historia de sonido. Los objetivos de la musicoterapia son:

- Generar y mantener la motivación para nuevas actividades.
- Hacer posible la comunicación.

- Promover conductas e intercambios sociales.
- Prevenir o revertir el aislamiento.
- Ofrecer restricción emocional.
- Descubrir los potenciales de la autoproducción, que aumentan la autoconfianza y aumentan la autoestima, separando al individuo del lugar de déficit y pérdida.

Teatro: Sociodrama. Esta actividad para los adultos mayores y en especial que han sufrido abandono familiar, es un puente para la inclusión, para la posibilidad de romper estigmas (como asociar esta etapa evolutiva con enfermedad, inutilidad, inactividad) y también construye un nexo entre el sujeto y sus viejos sueños, deseos y experiencias.

Compartiendo juntos: El Objetivo de esta actividad consiste en involucrar a los adultos mayores en actividades de apoyo comunitario, ayudar en las actividades comunitarias, Esta actividad ayuda a los ancianos a involucrarse activamente en la sociedad, a valorar sus habilidades, conocimientos y experiencias, a sentirse útiles y pueden ofrecer algo a la comunidad, rompiendo el estereotipo de "carga social" que a menudo acompaña a la vejez. Una actividad de tipo caritativo o altruista ayuda a mejorar el estado de ánimo y, al ver otras realidades, saca al sujeto de la queja, de la autocompasión y la pasividad.

Estrategia metodológica.

Analizar y diagnosticar las psicopatologías asociadas con la depresión y que afectan la conducta y los comportamientos de los adultos mayores.

Separar los casos con sintomatología de trastorno depresivo para su valoración personal

Coordinación con el equipo de cuidado diario (profesionales de salud) Enfermeras, Médicos, Psicólogo Clínico. Fisioterapeuta.

4.4. Resultados esperados de la alternativa.

Mejorar el estado emocional y de relación social de los adultos mayores del Centro Gerontológico, con la participación en actividades psicoterapéuticas personales y grupales, para establecer vínculos afectivos, ya que por sus condiciones de abandono familiar se manifiestan con tristeza, aislados y apáticos, repercutiendo directamente en su estado de salud física y emocional, provocándole cuadros agudos de depresión que lo pueden llevar a la muerte.

Bibliografía

- Anzuategui, J. (2017). maltrato de adultos mayores. *salud y medicina*,
<https://www.saludymedicinas.com.mx/centros.../maltrato-ancianos>.
- Aranceta, S. (2014). *Depresión en los adultos y ancianos*. México: Santir. Ediciones.
- Arzate, S. (2016). Desigualdad y vulnerabilidad de adultos mayores. *Colectivo social*, 23-24.
- Boff, L. (2014). *El cuidado geriátrico*. México: McGrawHill.
- Cardona, S. (2015). Riesgos de depresión y factores asociados . *Salud Publica*, 2-3.
- Caster, B. (2015). *Depresión y estados de ánimo*. México.
- Cervilla, J. (2016). *Psiquiatría Geriátrica*. barcelona: ELSEVIER.
- Constitución. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi.
- Fernandez, G. (2015). *Gerontología*. Madrid España: Escorial Editores.
- Igarcia, M. (2016). *Gerontología y ancianidad*. Buenos Aires. Argentina: PAIDOS.
- INEC. (2010). *Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos*. Ecuador.
- López, C. (2013). *Evaluación de la depresión y sus consecuencias*. México: Trillas ediciones.
- MAUK, L. (2014). *Enfermería geriátrica* . Madrid : McGraw-Hill Interamericana.
- Mena, C. (2017). *Definición riesgo y Diagnóstico de la depresión*. Obtenido de www.guiasalud.es/egpc/depresion/resumida/.../definicion_y_diagnostico.pdf
- MIES. (2017). *abandono adulto mayor*. Obtenido de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/.../el-abandono-afecta-al-14-de-adultos-mayor>

OMS. (2015). El abandono social como forma de maltrato. *Organización mundial de la salud*, 5-6.

OMS. (2017).

PNUD. (2016). *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*.

Valdez, M. (2017). Prevalencia de la depresión. *su salud*.

ANEXOS

Actividades de Danza y Música



Talleres al aire libre



Ejercicios





FECHA: 9/5/2019
HORA: 15:23

EXTENSION - QUEVEDO
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACIÓN Y DERECHO
PSICOLOGIA CLINICA
UNIDAD DE TITULACIÓN

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

DOCENTE TUTOR: TORO TOLOZA ELISEO EFRAIN
ESTUDIANTE: MONTES OLVERA EFREN EDUARDO
PERIODO ACADÉMICO: ENERO 2019 - MAYO 2019
MODALIDAD DE TITULACIÓN: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
FASE DE MODALIDAD: PERFIL
PROYECTO DE TITULACIÓN: ABANDONO FAMILIAR Y LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DE QUEVEDO, AÑO 2019

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

ABANDONO FAMILIAR Y LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DE QUEVEDO, AÑO 2019

FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PERFIL	2019-01-22	2019-02-04	TERMINADO	100%	HABILITADO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

ACTIVIDAD		IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN		F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	--	------------------------------	--	-----------	--------	---------	-------	--------

ACTIVIDAD		PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (DESCRIPCIÓN BREVE DEL HECHO PROBLEMÁTICO (BREVE DESCRIPCIÓN))		F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2019-01-31	2019-01-31	TERMINADO	100%	HABILITADO		

ACTIVIDAD		PROBLEMA (GENERAL)		F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
3.	PROBLEMA GENERAL	2019-01-31	2019-01-31	TERMINADO	100%	HABILITADO		

ACTIVIDAD		OBJETIVO (GENERAL)		F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
4.	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	2019-01-31	2019-02-01	TERMINADO	100%	HABILITADO		

ACTIVIDAD		JUSTIFICACIÓN		F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
5.	JUSTIFICACIÓN	2019-01-31	2019-02-01	TERMINADO	100%	HABILITADO		

ACTIVIDAD		MARCO TEÓRICO PRELIMINAR (ESQUEMA DE CONTENIDOS)		F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
6.	MARCO TEÓRICO PRELIMINAR	2019-01-31	2019-02-01	TERMINADO	100%	HABILITADO		

ACTIVIDAD		HIPÓTESIS (GENERAL)		F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
7.	HIPÓTESIS GENERAL O BÁSICA	2019-01-31	2019-02-01	TERMINADO	100%	HABILITADO		

TIPO DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
8. TIPO DE INVESTIGACIÓN	2019-01-31	2019-02-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

METODOLOGÍA					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
9. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	2019-01-31	2019-02-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
10. BIBLIOGRAFÍA	2019-01-31	2019-02-01	TERMINADO	100%	HABILITADO


TORO TOLOZA ELISEO EFRAIN
DOCENTE TUTOR


MONTES OLVERA EFREN EDUARDO
ESTUDIANTE

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: _____

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO



FECHA: 22/2/2019
HORA: 10:59

EXTENSION - QUEVEDO
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACIÓN Y DERECHO
PSICOLOGIA CLINICA
UNIDAD DE TITULACIÓN

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

DOCENTE TUTOR: TORO TOLOZA ELISEO EFRAIN
ESTUDIANTE: MONTES OLVERA EFREN EDUARDO
PERIODO ACADÉMICO: ENERO 2019 - MAYO 2019
MODALIDAD DE TITULACIÓN: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
FASE DE MODALIDAD: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PROYECTO DE TITULACIÓN: ABANDONO FAMILIAR Y LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLOGICO DE QUEVEDO, AÑO 2019.

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

ABANDONO FAMILIAR Y LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLOGICO DE QUEVEDO, AÑO 2019.

FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PROYECTO DE INVESTIGACION	2019-02-01	2019-02-20	TERMINADO	100%	HABILITADO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

INTRODUCCIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

CAPITULO I.- DEL PROBLEMA					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
11. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO
11. IDEA	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO

MARCO CONTEXTUAL. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

CONTEXTO INTERNACIONAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
12. INTERNACIONAL	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO

CONTEXTO NACIONAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
13. NACIONAL	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO

CONTEXTO LOCAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
14. LOCAL	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO

CONTEXTO INSTITUCIONAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

15. INSTITUCIONAL	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO
-------------------	------------	------------	-----------	------	------------

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
16. PROBLEMÁTICA	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

PROBLEMA GENERAL

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
17. P GENERAL	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO

SUBPROBLEMAS O DERIVADOS

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
18. SUB O DERIVADOS	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO

DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
19. DELIMITACIÓN	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO

JUSTIFICACIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
20. JUSTIFICACION	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN. (NO SE RESUELVE)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

OBJETIVO GENERAL

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
22. OB ESPECIFICOS	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPÍTULO II.- MARCO TEORICO O REFERENCIAL

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

MARCO TEÓRICO. (NO SE RESUELVE)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

MARCO CONCEPTUAL

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
23. MARCO CONCEP	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO

MARCO REFERENCIAL SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE INV. (NO SE RESUELVE)

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
24. ANTECEDENTES INVESTIGATIVO	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO

CATEGORIAS DE ANÁLISIS.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
25. CATEGORIA D ANALISIS	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO

POSTURA TEÓRICA.

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

26. POSTUR TEÓRICA	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO
HIPÓTESIS. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
HIPÓTESIS GENERAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
27. HIPÓTESIS GNRL	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO
SUBHIPÓTESIS O DERIVADAS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
28. SUBHIPÓTESIS	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO
VARIABLES					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
29. VARIABLE	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO
CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
30. METODOLOGÍA	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO
MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
31. MODALIDAD	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO
31. MODALIDAD D. INVESTIGACIÓN	2019-02-15	2019-02-19	TERMINADO	100%	HABILITADO
TIPO DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
32. TIPO D INVESTIGACIÓN	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO
MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
MÉTODOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
33. MÉTODO	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO
TÉCNICAS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
34. TÉCNICA	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO
INSTRUMENTOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
35. INSTRUMENTO	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO
POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
POBLACIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
36. POBLACION	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO
MUESTRA.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
21. OB GENERAL	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO
37. MUESTRA.	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO

37. MUESTRA..	2019-02-15	2019-02-19	TERMINADO	100%	HABILITADO
---------------	------------	------------	-----------	------	------------

PRESUPUESTO

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
39. PRESUPUESTO	2019-02-15	2019-02-17	TERMINADO	100%	HABILITADO
39. PRESUPUESTO.	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO
39. PRESUPUESTO..	2019-02-15	2019-02-19	TERMINADO	100%	HABILITADO

CRONOGRAMA DEL PROYECTO


ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
38. CRONOGRAMA.	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO
38. CRONOGRAMA..	2019-02-15	2019-02-19	TERMINADO	100%	HABILITADO

BIBLIOGRAFÍA

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
40. BIBLIOGRAFÍA.	2019-02-15	2019-02-18	TERMINADO	100%	HABILITADO
40. BIBLIOGRAFÍA..	2019-02-15	2019-02-19	TERMINADO	100%	HABILITADO

ANEXOS, MÁXIMO 50 PÁGINAS

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------



TORO TOLOZA ELISEO EFRAIN
DOCENTE TUTOR



MONTES OLVERA EFREN EDUARDO
ESTUDIANTE



EXTENSION - QUEVEDO
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACIÓN Y DERECHO
PSICOLOGIA CLINICA
UNIDAD DE TITULACIÓN

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

DOCENTE TUTOR: TORO TOLOZA ELISEO EFRAIN
ESTUDIANTE: MONTES OLVERA EFREN EDUARDO
PERIODO ACADÉMICO: ENERO 2019 - MAYO 2019
MODALIDAD DE TITULACIÓN: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
FASE DE MODALIDAD: REVISIÓN DE PROYECTO INF.FINAL
PROYECTO DE TITULACIÓN: ABANDONO FAMILIAR Y LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLOGICO DE QUEVEDO, AÑO 2019..

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

ABANDONO FAMILIAR Y LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLOGICO DE QUEVEDO, AÑO 2019..

FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
REVISIÓN DE PROYECTO INF.FINAL	2019-02-28	2019-04-16	TERMINADO	100%	HABILITADO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

INTRODUCCION					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

INTRODUCCIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

CAPÍTULO I.- DEL PROBLEMA					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

1.1. IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

1.2. MARCO CONTEXTUAL. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

1.2.1. CONTEXTO INTERNACIONAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONTEXTO INTERNACIONAL	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO

1.2.2 CONTEXTO NACIONAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONTEXTO INTERNACIONAL	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO

1.2.3. CONTEXTO LOCAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONTEXTO LOCAL	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO

1.2.4. CONTEXTO INSTITUCIONAL.					
--------------------------------	--	--	--	--	--

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONTEXTO INSTITUCIONAL	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO
1.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	2019-04-06	2019-04-14	TERMINADO	100%	HABILITADO
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
1.4.1. PROBLEMA GENERAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
1.4.2. SUBPROBLEMAS O DERIVADOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
1.5. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
1.6. JUSTIFICACIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
JUSTIFICACIÓN	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO
1.7. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	2019-04-06	2019-04-14	TERMINADO	100%	HABILITADO
1.7.1. OBJETIVO GENERAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
1.7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
2.1. MARCO TEÓRICO. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
2.1.1. MARCO CONCEPTUAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
MARCO CONCEPTUAL	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO
2.1.2. MARCO REFERENCIAL SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE INV. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
MARCO REFERENCIAL	2019-04-06	2019-04-14	TERMINADO	100%	HABILITADO
2.1.2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
2.1.2.2. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
2.1.3. POSTURA TEÓRICA.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
POSTURA TEÓRICA	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO
2.2. HIPÓTESIS. (NO SE RESUELVE)					

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
2.2.1. HIPÓTESIS GENERAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
HIPÓTESIS GENERAL	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO
2.2.2. SUBHIPÓTESIS O DERIVADAS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
SUBHIPÓTESIS O DERIVADAS	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO
2.2.3. VARIABLES.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO III.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
3.1. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
3.1.1. PRUEBAS ESTADÍSTICAS APLICADAS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PRUEBAS ESTADÍSTICAS APLICADAS	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO
3.1.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN D DATOS	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO
3.2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CONCLUSIONES GENERALES	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO
CONCLUSIONES ESPECÍFICAS	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO
ESPECÍFICAS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
3.2.2. GENERAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
3.3. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
RECOMENDACIONES GENERALES	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO
3.3.1. ESPECÍFICAS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
3.3.2. GENERAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CAPÍTULO IV.- PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
4.1. PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
4.1.1. ALTERNATIVA OBTENIDA.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ALTERNATIVA OBTENIDA	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO

4.1.2. ALCANCE DE LA ALTERNATIVA.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ALCANCE DE LA ALTERNATIVA	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO

4.1.3. ASPECTOS BÁSICOS DE LA ALTERNATIVA. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

4.1.3.1. ANTECEDENTES.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ANTECEDENTES	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO

4.1.3.2. JUSTIFICACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
JUSTIFICACIÓN	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO

4.2. OBJETIVOS. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

4.2.1. GENERAL.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

4.2.2. ESPECÍFICOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

4.3. ESTRUCTURA GENERAL DE LA PROPUESTA. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO


4.3.1. TÍTULO.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

4.3.2. COMPONENTES.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
COMPONENTES	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO

4.4. RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA. (NO SE RESUELVE)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
RESULTADOS ESPERADOS	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO

BIBLIOGRAFÍA.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
BIBLIOGRAFIA	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO

ANEXOS.					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ANEXOS	2019-04-06	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO


 TORO TOLOZA ELISEO EFRAIN
 DOCENTE TUTOR


 MONTES OLVERA EFREN EDUARDO
 ESTUDIANTE