



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO



**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA
EDUCACIÓN**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO

**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICOLOGO
CLÍNICO**

PROBLEMA:

Abandono familiar y su influencia en la depresión de un adulto mayor

AUTOR:

JUAN DE DIOS AYALA MONSERRATE

TUTOR:

JANETT DEL ROCIO VERDESOTO GALEAS

BABAHOYO - FEBRERO/2020

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la vida y la salud que me ha brindado para poder llevar a cabo mi proceso académico con éxito, a mis padres y familiares por su apoyo incondicional y palabras de aliento en cada momento de mi vida; a mis compañeros con quienes he compartido gratas experiencias en clases durante estos cinco años de estudio; a mis docentes, por las enseñanzas y conocimientos adquiridos y a mi tutora por su compromiso, apoyo y cordialidad.

Juan De Dios Ayala Monserrate

RESUMEN

El presente estudio de caso se desarrolló con la finalidad de determinar cómo influye el abandono familiar en la depresión de un adulto mayor y elaborar una propuesta que permita realizar la intervención psicoterapéutica. Se sustenta desde la revisión de literatura todo lo referente al abandono familiar y sus tipos. Se hace referencia también acerca de los efectos y repercusiones que ocasiona en la vida de las personas de la tercera edad el vivir en estas condiciones.

Se describe además el proceso de intervención psicodiagnóstica realizada con el adulto mayor, dando a conocer las técnicas aplicadas para la recolección de información y se detallan los resultados obtenidos en cada uno de ellas, los hallazgos sintomatológicos en cada una de sus áreas funcionales, estableciendo el diagnóstico correspondiente. Finalmente se elabora una propuesta psicoterapéutica bajo el enfoque de la Terapia Racional Emotiva Conductual, con la técnica de Imaginación Racional Emotiva.

Palabras claves

Abandono familiar, adulto mayor, Depresión, Terapia Racional Emotiva Conductual.

ABSTRACT

The present case study was developed with the purpose of determining how family abandonment affects the depression of an older adult and to elaborate a proposal that allows the psychotherapeutic intervention. Everything related to family abandonment and its types is sustained from the literature review. Reference is also made about the effects and repercussions that living in these conditions causes in the life of the elderly.

It also describes the process of psychodiagnostic intervention performed with the elderly, making known the techniques applied for the collection of information and detailing the results obtained in each of them, the symptomatic findings in each of its functional areas, establishing the corresponding diagnosis. Finally, a psychotherapeutic proposal is developed under the approach of Behavioral Emotional Rational Therapy, with the Emotional Rational Imagination technique.

Keywords

Family abandonment, elderly, Depression, Rational Behavioral Emotional Therapy.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	; Error! Marcador no definido.
ABSTRACT	; Error! Marcador no definido.
ÍNDICE.....	V
INTRODUCCIÓN.....	; Error! Marcador no definido.
JUSTIFICACIÓN.....	; Error! Marcador no definido.
OBJETIVO GENERAL	; Error! Marcador no definido.
DESARROLLO.....	; Error! Marcador no definido.
Abandono Familiar	; Error! Marcador no definido.
Tipos de abandono del adulto mayor.....	; Error! Marcador no definido.
Causas del abandono del adulto mayor.....	; Error! Marcador no definido.
Consecuencias del abandono del adulto mayor	; Error! Marcador no definido.
Depresión	; Error! Marcador no definido.
Causas	; Error! Marcador no definido.
Consecuencias.....	; Error! Marcador no definido.
Tipos de depresión	; Error! Marcador no definido.
Técnicas aplicadas	; Error! Marcador no definido.
Resultados obtenidos	; Error! Marcador no definido.
Primera sesión.....	; Error! Marcador no definido.
Segunda sesión.....	; Error! Marcador no definido.
Tercera sesión	; Error! Marcador no definido.
Situaciones detectadas	; Error! Marcador no definido.
Soluciones planteadas	; Error! Marcador no definido.
CONCLUSIONES.....	; Error! Marcador no definido.
BIBLIOGRAFÍA	21

INTRODUCCIÓN

La tercera edad es considerada la etapa final de la vida y es merecedora de respeto y protección; se inicia aproximadamente a los 65 años, y se caracteriza por una creciente disminución de las funciones cognitivas, fisiológicas y motrices. Cuando el adulto mayor ya no puede depender de sí mismo, la familia se constituye en su principal apoyo, sin embargo esto no siempre sucede; pues existen familiares de algunas personas adultas mayores que los marginan, maltratan o abandonan cuando quedan en estas condiciones.

Cuando los miembros de la familia deciden no cargar más con la responsabilidad del cuidado y atención del adulto mayor, sean padres o abuelos, toman como alternativa abandonarlo en casa o en otros casos enviarlo a una casa de reposo en la que otras personas se encargaran de su cuidado. Los familiares pierden todo tipo de contacto con el adulto mayor, originándole la creencia y la sensación de soledad y abandono, y si estos pensamientos y sentimientos son continuos, es muy probable que el estado de ánimo de esta persona se vea afectado considerablemente lo que podría conllevarle a una depresión.

El presente estudio de caso abordó la problemática sobre el abandono familiar y su influencia en la depresión de un adulto mayor asilado en el centro Gerontológico del Buen Vivir del cantón Babahoyo de la provincia de Los Ríos, durante el periodo de prácticas pre-profesionales desde el mes de noviembre del 2019 a enero de 2020 con una duración de tres meses, tomando como inicio la primera entrevista que se tuvo con el adulto mayor hasta la última sesión psicodiagnóstica y el respectivo informe posterior.

Dentro de la metodología utilizada para este fin, consta el método inductivo y se lo abordó desde un enfoque cualitativo; dentro del alcance, esta investigación fue de tipo exploratoria ya que nunca antes nuestra unidad de análisis ha sido abordada respecto a esta problemática. La línea de investigación correspondió a Prevención y Diagnóstico y la sublínea Funcionamiento socio-afectivo en el ambiente familiar. También se llevaron a cabo diferentes técnicas para la recolección de información, como la entrevista, observación y la aplicación de test; una vez obtenido el diagnóstico se propuso el esquema terapéutico más adecuado en función de las características personalógicas del paciente y del trastorno, proponiendo a la Terapia Racional, Emotiva, Conductual.

JUSTIFICACIÓN

Actualmente, el abandono de los adultos mayores es una problemática social cada vez más evidente, incrementándose los casos de este grupo de personas en condiciones de vulnerabilidad y desamparo, hecho que trae consigo afectaciones psicológicas y emocionales en ellas; por una parte la creencia de que son una carga para sus familiares y que ya no son útiles ni productivos, y por otra parte sentir que nadie los quieren ni los respetan. Con la realización de este estudio de caso se pretende abordar desde un enfoque psicológico, la situación en la que atraviesa un adulto mayor en estado de abandono por parte de sus familiares, y es conveniente realizarlo para evaluar y diagnosticar el grado de afectación ocasionado en este individuo, al mismo tiempo que tendrá una relevancia en el área social porque permitirá por medio de los resultados constatar y replicar en otros estudios la metodología implementada y a su vez elaborar el programa psicoterapéutico apropiado que ayude a mejorar la calidad de vida de este grupo etario.

Si bien es cierto que el estado ecuatoriano con sus diferentes programas de atención a personas adultas mayores se esfuerza por dar solución a esta problemática, siempre lo abordan desde el plano social, económico o médico; pero poco se ha hecho desde el área de la psicología y la atención en salud mental, y con este estudio de caso se pretende aportar con un valor teórico desde esta disciplina para contribuir con el objetivo 3 planteado en el Plan Nacional del Buen Vivir. Siendo beneficiario directo, -por tratarse de un estudio de caso- un adulto mayor del centro gerontológico del Buen Vivir del cantón Babahoyo, en donde se cuenta con la predisposición de la persona adulta mayor a intervenir, la colaboración de las autoridades y personal de atención de la institución y el tiempo de intervención que se realizará durante los 3 meses de prácticas pre-profesionales; y los beneficiarios indirectos serán la familia del adulto mayor, la sociedad y el estado. Justificándose de esta manera la factibilidad del desarrollo de este trabajo.

OBJETIVO GENERAL

Determinar de qué manera influye el abandono familiar en la depresión de un adulto mayor asilado en el centro Gerontológico del Buen Vivir del cantón Babahoyo.

DESARROLLO

Abandono Familiar

La familia es considerada la unidad básica de toda estructura o sistema social constituida generalmente por un grupo de individuos con una relación biológica de sanguinidad como base principal del parentesco pero que además podría estar conformada por integrantes con alguna afinidad de carácter social y son considerados como parte del núcleo familiar. Social y culturalmente se relaciona al concepto de familia a aquel grupo conformado por dos personas adultas que son el padre y la madre y los hijos que estos han procreado; esta es definida como la típica familia nuclear, sin embargo también existen otros tipos de familia como por ejemplo las llamadas familias extensas o extendidas que están conformadas adicionalmente por otros familiares como los tíos, sobrinos, nietos o abuelos (Oliva & Villa, 2014).

En cualquiera de los casos, cada uno de los miembros del grupo familiar cumple roles específicos gozando de derechos y teniendo también deberes y responsabilidades que cumplir para el adecuado desarrollo y armonía de la convivencia dentro del hogar. Dentro de los derechos que gozan sus miembros se considera el cuidado y la protección que son garantizados no solo por el estado ecuatoriano, sino también entre los mismos integrantes, especialmente por las personas adultas o en mejores condiciones de salud, social o económica hacia los integrantes que se encuentren en condiciones de indefensión o vulnerabilidad como los niños, adultos mayores o personas con algún tipo de discapacidad que sean parte del núcleo familiar. En este tenor, es importante entonces remarcar los deberes y responsabilidades que deben cumplir como corresponsabilidad los padres en el cuidado, alimentación y protección de sus hijos y de manera recíproca deberán actuar los hijos cuando los padres lo necesiten (Constitución de la República de Ecuador Art. 69 y 83, 2008)

Existen casos en que uno o varios miembros de la familia que tienen la capacidad y los recursos para asumir y cumplir con la responsabilidad del cuidado y protección de uno de los demás integrantes del núcleo familiar no lo hacen, optando por la decisión de

alejarse de ellos o separándolos del hogar, dejándolos en la soledad, el desamparo y abandono; sobre todo cuando este es una persona adulta mayor, llegando a convertirse esta situación en una problemática de considerable impacto para la familia, la sociedad y para este grupo etario por las repercusiones a nivel psicológico que ocasiona el ser víctima del abandono familiar.

Al hablar de abandono familiar entonces se hace referencia no únicamente al incumplimiento de los deberes legales y sociales de asistencia, tutela, acogimiento o guarda familiar, así como de prestar la asistencia necesaria para el sustento del cónyuge, los ascendientes o los descendientes que lo precisen; sino también a la acción excluir o apartar a un miembro en condición de vulnerabilidad como en el ejemplo de la persona adulta mayor, confinándolo a vivir solo y desamparado o en el mejor de los casos llevándolos a vivir en centros de acogida en donde los adultos mayores pierden todo tipo de relación y contacto con sus familiares. En este sentido y de manera concisa, se define el abandono del adulto mayor como “la falta de atención y cuidado por parte de los familiares en cual afecta en mayor parte el aspecto psicológico y emocional” (Morales, 2014).

Tipos de abandono del adulto mayor

El abandono del adulto mayor por parte de los familiares se puede manifestar de muchas formas, entre las que se puede mencionar tenemos: El abandono total, abandono parcial y abandono físico. En el abandono total los familiares se ausentan y se despreocupan completamente de la persona adulta mayor sin brindarle ningún apoyo económico, afectivo o de cuidado; sin la presencia de una persona que le ayude a realizar las actividades básicas en los casos en que el adulto mayor no pueda valerse por sí mismo.

El abandono parcial se pone de manifiesto cuando los familiares no pueden encargarse de la atención y cuidado del adulto mayor por diversas causas, sea por que trabajan, estudian o simplemente no quieren o no les agrada lidiarlo, sin embargo aportan económicamente para su subsistencia y en algunos casos costean los gastos que demanda los centros de acogidas privados para que se encarguen de esta labor y apenas lo visitan

ocasionalmente, generando un distanciamiento del vínculo afectivo y de las relaciones familiares.

Por último se hace referencia al abandono físico, que consiste en que los familiares al igual que en el abandono parcial asumen los gastos que demanda el cuidado y atención del adulto mayor, pero en este caso los familiares se olvidan completamente de esta persona y nunca lo visitan ni le brindan un momento de compañía; sea que viva solo en su hogar o que se encuentre asilado en un hospicio o institución privada. “En las familias de escasos recursos, los adultos mayores son totalmente abandonados, dando margen a que existan personas adultas mayores indigentes” (Belesaca & Buele, 2016).

Causas del abandono del adulto mayor

Cuando una persona llega a los 65 años es considerada adulta mayor y es una etapa en la vida del ser humano en que todos sus procesos biológicos y cognitivos dan muestra de un deterioro progresivo e irreversible en sus funciones y como consecuencia de aquello muchos individuos ya no puede realizar algunas de las actividades de la vida cotidiana que acostumbraba y peor aún ya no pueden llevar a cabo una vida laboral; y a menos que cuente con una pensión por jubilación, esta condición de dependencia genera gastos a la familia; que al considerarlo improductivo optan por no hacerse cargo del adulto mayor y abandonarlo. Siendo esta una de las causas principales que dan origen al abandono de las personas que pertenecen a este grupo etario.

La condición de salud también se considera otra detonante para que los familiares tomen la decisión de abandonar al adulto mayor, porque consideran que no pueden atenderlo o que no pueden lidiar con la enfermedad de esta persona, sucediendo a veces que entre familiares se atribuyen de unos a otros la responsabilidad de su cuidado terminando al final de cuentas con la conclusión de que nadie se puede hacer cargo (Osorio, 2017).

Otro parámetro que también se debe considerar como causa del abandono del adulto mayor por parte de sus familiares es el contexto socio cultural como conductas y acciones transmitidas inconscientemente entre generaciones, por ejemplo: un niño ve a sus

padres que se despreocupan y abandonan a sus abuelos dejándolos en completo desamparo; este niño probablemente cuando sea un adulto y tenga su propia familia, hará lo mismo con sus padres que en ese momentos serán personas de avanzada edad y se encontraran en condiciones de vulnerabilidad.

Consecuencias del abandono del adulto mayor

Después de haber expuesto y explicado algunas de las causas principales por las que se origina el abandono familiar a los adultos mayores, es importante también conocer las consecuencias que producen estas acciones, repercutiendo negativamente en la vida de estas personas en diferentes dimensiones. Para mencionar algunas de las afectaciones tenemos: Enfermedades Biológicas y acelerado deterioro físico, exclusión social, indigencia y Trastornos Psicológicos.

Cuando una persona adulta mayor queda en estado de abandono por parte de sus familiares, en la mayoría de los casos carecen de recursos o apoyo económico y por lo tanto no pueden recibir una alimentación adecuada y acorde a su edad que le permita a su organismo adquirir los nutrientes necesarios para mantener una buena salud; y sumado a esto, la falta de actividad física y la propia edad conllevan a que la persona sea vulnerable para adquirir un sinnúmero de enfermedades y que su estado físico se deteriore de manera más acelerada que las personas que aun teniendo una edad avanzada sí tienen una adecuada alimentación (OMS, 2018).

La exclusión social es otra de las consecuencias que afectan al adulto mayor en estado de abandono, especialmente cuando padecen de alguna limitación física o discapacidad y no puede salir de casa ni cuenta con la ayuda de alguna persona para hacerlo, en esta situación se ve reducido su círculo social y sus relaciones e interacción con otras personas o sistemas externos como la comunidad, el barrio, la iglesia, etc. se ven interrumpidas, y no puede ni se le involucra para participar en actividades recreativas o de convivencia social y únicamente está a expensas de las pocas personas que se dignen a visitarlo o a platicar con él en algún momento; sin embargo esto no es muestra de que exista una inclusión social del adulto mayor.

Las persona adulta mayor abandonada puede llegar a una condición de indigencia al no contar con apoyo económico de sus familiares o de personas de su comunidad para poder subsistir, tomando como única alternativa caer en la mendicidad para obtener recursos que le permita satisfacer en lo posible sus necesidades básicas, en estas circunstancias suele existir la intervención del estado y de sus organismos e instituciones para acoger a los adultos mayores en hospicios públicos o centros gerontológicos (Tamayo, 2016).

Los trastornos psicológicos son las consecuencias más evidentes en el adulto mayor víctima de abandono familiar, estando solo y en su hogar o en un centro gerontológico.

Afecta las emociones y genera sentimientos de frustración. Además presenta sensación de abandono y soledad, por lo que experimenta cambios en su adaptación. La soledad se ve reflejada por la pérdida del vínculo social entre los que lo rodean, presentando sentimientos de depresión, angustia, ansiedad llegando incluso algunas veces a presentar psicopatologías tales como psicosis o neurosis agudas (Belesaca & Buele, 2016).

Depresión

Dentro del campo de la psicología, la depresión es considerada como un tipo de trastorno mental que afecta el estado de ánimo y el humor en las personas que lo padecen, se caracteriza por una serie de síntomas que se manifiestan en los individuos depresivos, por ejemplo falta de motivación, tristeza, desesperanza, pérdida de apetito y de sueño, insomnio, falta de interés por las actividades cotidianas entre otros, los que deben estar presentes por al menos dos semanas. Puede presentarse en cualquier edad de la persona, de manera prolongada o en episodios recurrentes ocasionando graves afectaciones en sus relaciones interpersonales y afectivas, alterando su estilo de vida.

Es común que las personas tiendan a confundir o malinterpretar el concepto de depresión utilizándolo para describir o relacionar con ciertos estados de ánimos negativos que pueden manifestarse ante determinadas situaciones pero que no trascienden o desaparecen fácilmente; hasta cierto punto, estos estados de humor son normales por la

propia naturaleza de los seres humanos. Lo que se debe considerar para establecer un cuadro depresivo es la permanencia y la recurrencia con que se presente la sintomatología que caracteriza a este trastorno (Zarragoitía, 2011).

Causas

Existen varios factores que pueden causar un trastorno depresivo. Incluso puede ser el resultado de una combinación de carácter genético, bioquímico y psicológico. Genéticamente una persona puede heredar ciertos rasgos y patrones de conducta de sus progenitores, siendo vulnerable ante situaciones desfavorables que generen un impacto en su estado emocional, por mínimo que este sea; lo que la predispone a desarrollar esta patología en el transcurso de su vida. Sin embargo también puede manifestarse en personas que no presenten antecedentes familiares.

Los procesos neurológicos u hormonales también juegan un papel importante en algunos casos en donde se presentan episodios depresivos; los niveles bajos de dopamina, serotonina o noradrenalina pueden generar un bajo estado de ánimo, motivación o placer y sin un tratamiento adecuado para la estabilización de estos neurotransmisores, podría desembocar en un episodio de depresión. Ciertos desequilibrios en los procesos hormonales también generan cuadros depresivos especialmente en las mujeres durante los periodos de embarazo, posparto o en la fase natural de la menopausia, aunque no se puede establecer que estos factores inevitablemente conllevan a un trastorno depresivo, se consideran condiciones que predisponen a disminuir el estado de ánimo en el sexo femenino (Campagne, 2012).

Existen casos en que el padecimiento de alguna enfermedad, especialmente si esta es crónica o terminal, constituye un factor de riesgo para que el paciente desarrolle un estado depresivo; la preocupación y la incertidumbre acerca de su estado de salud y la condición incapacitante le ocasiona, afecta considerablemente su estado emocional y si no cuenta con el apoyo moral y afectivo de sus seres queridos o personas allegadas para afrontar la adversidad, esto puede convertirse un factor precipitante de la depresión.

Existen otros acontecimientos de carácter psicológico como la pérdida de un ser querido, problemas sentimentales, o traumas pueden ocasionar un estado depresivo. Las perspectivas pesimistas que una persona puede tener ante los acontecimientos o la creencia de que los fracasos son productos de sus capacidades innatas, los pensamientos absolutistas e irracionales acerca de determinadas circunstancias que le perturban emocionalmente, enfocarse en las cosas que le hacen sentir mal y no considerar los aspectos positivos de esas situaciones, las experiencias desagradables o que tuvieron un impacto negativo en sus emociones (Torres, 2015).

Consecuencias

Las consecuencias que producen el padecimiento de un episodio o la permanencia de un estado depresivo son variadas y afectan multidimensionalmente en las personas y en diferentes ámbitos o contextos como el familiar, laboral, social etc. al estar deprimido el individuo se siente desmotivado y con falta de interés por las actividades básicas o cotidianas, las interacciones familiares y sociales; de manera que esta condición incapacitante lo sume en un estado de inutilidad y auto reproche por considerarse que no sirve para nada, arraigando aún más la depresión y reforzando las creencias irracionales que le causaron la perturbación emocional o conductual (Roca & Aragonès, 2018).

Tipos de depresión

La depresión puede clasificarse en varias categorías o tipos en función de las características determinados por el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM-5 y la Clasificación internacional de las enfermedades CIE-10; entre ellos tenemos:

- Trastorno Depresivo Mayor
- Ciclotimia
- Trastorno ansioso-depresivo.
- Depresión Atípica.

- Trastorno afectivo estacional.
- Trastorno Bipolar.

Para establecer el grado o nivel de depresión que presenta el paciente, se debe considerar la intensidad, recurrencia y permanencia de los síntomas asociados a este trastorno basados en los criterios de los manuales antes mencionados; además del deterioro en el estado emocional y funcional de la persona. Bajo estos parámetros, la depresión leve se caracteriza por una sintomatología que afecta ligeramente en las capacidades pero no interfiere ni limita completamente para el desarrollo de las actividades cotidianas de la persona enferma y se la determina por el cumplimiento de 5 o 6 criterios diagnósticos (Ministerio de Salud de la República de Chile, 2013).

Así y de manera progresiva, en función del deterioro funcional y el aumento de los síntomas se puede establecer una depresión moderada y en los casos en que este trastorno deteriore completamente las capacidades, funcionalidad y estado emocional; al punto de que el paciente no pueda ni sienta motivación o ánimo para llevar a cabo las tareas o actividades más básicas, el diagnóstico corresponde a una depresión grave.

Técnicas aplicadas

Para la realización de este estudio de caso se utilizaron varias técnicas con sus respectivos instrumentos que permitieron la recolección de toda la información necesaria, que permitiera en lo posible realizar un abordaje integral acerca de la problemática del paciente; a continuación, se detalla cada una de las técnicas aplicadas en este trabajo.

La entrevista. - Esta técnica consiste en un dialogo que se establece entre dos o varias personas con un objetivo específico, en donde una de ellas dirige el curso y el tiempo de las intervenciones, puede contener una estructura prediseñada o planificada, puede estarlo parcialmente o no puede contener ninguna estructura previa es decir que se desarrolla en función de la coyuntura del momento. En este estudio de caso se la aplicó durante el desarrollo de cada una de las sesiones que se llevaron a cabo con el paciente con la finalidad de obtener datos para la elaboración de la historia psicológica clínica del adulto mayor empezando en la primera sesión indagando acerca de los datos de filiación,

historia personal y familiar de la persona y motivo de consulta. En esta entrevista se utilizó un formato semiestructurado, con preguntas cerradas para los datos personales y familiares y del paciente y preguntas abiertas o de discurso libre para el motivo de consulta.

Para la segunda sesión también se utilizó un formato de entrevista semiestructurada para indagar más sobre la problemática del paciente y conocer como continúa su estado de ánimo, el tipo de preguntas para esta sesión fue abierta, permitiendo escuchar el discurso del paciente hasta un tiempo determinado entre 5 y 8 minutos, interfiriendo solo en caso de puntualizar un detalle específico o aclarar algún término que tuviera una connotación ambigua.

La observación. - Es una técnica imprescindible todo tipo de estudio especialmente de enfoque cualitativo donde se observan las características y comportamientos de la unidad de análisis como en este estudio de caso, aplicada al adulto mayor durante las sesiones realizadas y utilizando como instrumento la guía de observación para ir registrando cada uno de los datos observados de manera directa durante las entrevistas con el paciente y de manera indirecta por la información proporcionada por personal de asistencia que labora en el centro gerontológico y están a cargo de su cuidado.

Durante la primera sesión se registró en la guía de observación que el paciente presenta un descuido en su apariencia física, aseo personal y vestimenta (A pesar de los esfuerzos del personal de asistencia de la institución), su semblante triste, déficit de atención y actitud, llora cada vez que habla de su familia, discurso y pensamiento pausado, y enlentecimiento; parsimonia en sus funciones motrices y movimientos corporales.

En los registros de la guía de observación de la segunda sesión el adulto mayor se encontraba acostado en su cama sin deseos de levantarse en ese día, mantenía su aspecto físico demacrado y con ojeras, se sentó en la cama con mucho esfuerzo, muestra signos de fatiga a pesar de no haber realizado ninguna actividad física y con las mismas características del estado de ánimo de la primera sesión, el semblante triste, enlentecimiento en su discurso, pensamiento, funciones motrices y movimientos corporales; ojos enrojecidos y llora cuando habla de su familia o le refieren sobre ella.

Durante la tercera sesión correspondiente a la aplicación del test psicométrico, se registró en la guía de observación que el paciente mantiene un descuido en su apariencia

física, desánimo para leer las preguntas del test, falta de concentración y atención para comprender a cada uno de los ítems, lentitud para responderlos y su rostro se pone triste constantemente y llora a cada momento especialmente en preguntas que refieren a su estado de ánimo.

Test Psicométrico. – Se registra la aplicación del test Escala de depresión Geriátrica de Yesavage en el paciente, con fecha 14 de octubre del 2109, por el trabajo social de la institución con un diagnóstico de “Probable Depresión”. Para el desarrollo de este estudio de caso, se adoptó como instrumento la Escala de Hamilton para la Depresión (HDRT) por sus siglas en inglés, aplicado de acuerdo a la sintomatología presentada por el paciente en las primeras sesiones y para realizar el seguimiento de la evolución del diagnóstico establecido en el test anterior. Asignando a cada ítem entre 0 y 4 puntos de acuerdo a la frecuencia, recurrencia o intensidad de los síntomas; el total de la puntuación oscila entre 0 y 52, utilizando una referencia de los puntos de corte para cada nivel depresivo desde 0 – 7 como “No deprimido” y mayor a 23 “Depresión muy severa”.

Para su aplicación, se dio las respectivas indicaciones al adulto mayor, sin embargo este manifestó que no tenía ánimo para leer, entonces se optó por leerle las preguntas y que el solo responda asignando un valor entre 0 y 4 de acuerdo a la intensidad de los síntomas, obteniendo una puntuación total de 28 puntos equivalentes a Depresión muy severa.

Resultados obtenidos

Para realizar la evaluación psicodiagnóstica del paciente de este estudio de caso se llevaron a cabo tres sesiones las cuales se detallan a continuación:

Primera sesión

Se la efectuó el día martes 12 de noviembre del 2019, desde las 10:00am a 11:00am por petición de trabajadora social del Centro Gerontológico, donde se estableció como

motivo de consulta “Evaluación psicodiagnóstica de persona adulta mayor para identificar distorsiones cognitivas o perturbaciones que afectan su estado de ánimo”. En donde la profesional manifestó que el paciente lleva aproximadamente tres meses con un estado de ánimo decaído y no quiere ni se interesa por realizar o participar en las actividades lúdicas o recreativas que se llevan a cabo en el patio de la institución, la mayor parte del tiempo pasa en el dormitorio acostado en la cama y apenas come algo durante el día. Tiene tres años en la modalidad de residente del centro, se mantiene aislado, siempre pide que llamen a sus familiares y llora constantemente.

Inmediatamente se procedió a dialogar a solas con el paciente iniciando con el protocolo de la presentación y explicándole cual era el objetivo de intervención con él, con la finalidad de establecer el rapport. Luego se le preguntó al paciente a que se debía el motivo de su comportamiento y estado de ánimo, y este manifiesta “Ya le dije a la señorita que llamen a mi familia quiero verlos, o que vengan para que me lleven a la casa” sus ojos se ponen llorosos y continúa “me siento mal aquí quiero que mis hijos vengan, ya llevo como 4 años aquí, al principio estaba bien pero ahora ya no puedo ni caminar mucho, no puedo hacer nada y ellos en todo este tiempo solo han venido como 2 veces nomas, La última vez ya ni me acuerdo fue como hace 2 o 3 años, no sé”.

También refiere que tiene 3 hijos y muchos nietos. “No me place mucho la comida, de noche no duermo mucho y me pongo a pensar porque no vienen, me da tristeza, ellos tienen su familia y han de estar ocupados pero un rato que vengan”, (su semblante se pone triste y ojos llorosos nuevamente) se le preguntó si acaso sabía las razones por las que sus familiares ya no lo visitan y si la última vez que lo visitaron existió algún problema o discusión con ellos. “No, nada de problema, incluso dijeron que a la siguiente semana venían pero de ahí, hasta hoy asoman. Yo no me porté mal con ellos, en lo poco que tenía les pude dar. Dígale a la Ingeniera que los llame para que vengan”. También manifestó que ya lleva algunos meses esperando que lo visiten sus hijos (corroborado por la trabajadora social que desde ese tiempo se ha deteriorado su estado de ánimo, psicológico y físico), y que al principio el paciente no le daba mucha importancia a la no visita de sus familiares, pero actualmente le entristece mucho no saber de ellos.

La entrevista tuvo una duración de una hora y se trató de obtener la mayor cantidad de información posible, sin embargo, por tratarse de una persona adulta mayor y por la

sensibilidad que se observaba en el paciente en ese momento, luego de cada pregunta se le permitió al paciente expresarse mediante el discurso libre por 10 minutos aproximadamente debido a la parsimonia de su lenguaje, antes de finalizar la primera sesión, se acordó una segunda sesión para el próximo día martes 19 de noviembre a la misma hora.

Segunda sesión

El día martes 19 de noviembre, se esperó al paciente en el departamento de psicología de la institución hasta las 10:15 para llevar a cabo la segunda sesión; teniendo 15 minutos de retraso y ante la ausencia de este, se consideró pertinente preguntar en el departamento de trabajo social del centro gerontológico acerca del adulto mayor, explicando que ya se había acordado una cita con él para ese día con la finalidad de continuar la intervención psicodiagnóstica y no había asistido. Enseguida, conjuntamente con un profesional de esa área se procedió a ir en busca del paciente, a quien se lo encontró recostado en su cama cubierto de pies a cabeza; se le preguntó si estaba dispuesto a realizar la sesión: “Sí quisiera, pero no tengo ganas de levantarme, disculpe que no pude ir, me siento mal”. Se le pidió que explicara a que se refería con sentirse mal “Ya sabe pues aquí ya no tengo esperanza, ni familia ni nada, ya me doy cuenta que no me quieren y mejor sería ya morirme nomas”. Sus ojos se ponen llorosos. ¿Cree usted que esa sería la solución? “Claro pues ya cuando a uno no lo quieren ni se preocupa la familia ya para que estar penando”, “Ellos deberían visitarme, es terrible estar así oiga”.

Manifiesta que no puede dormir por las noches pensando en su familia “cuando al fin me quedo dormido, me despierto al rato y de ahí ya no duermo más”. Si su familia viniera a visitarlo regularmente usted ya no se sentiría así “claro, pero ya ni crea que vengan, han de venir ya cuando me muera, ahí es que han de venir”. Paciente empieza a llorar y se le pide que se tranquilice y que se diera por concluida la sesión hasta allí; y se acordara otra para el próximo día martes 3 de diciembre a las 10:00am.

Tercera sesión

El día martes 3 de diciembre del 2019, paciente se acercó en compañía de la trabajadora social de la institución, quien estuvo alentando al adulto mayor para que se levantara de cama, se arreglara y asistiera a la sesión, a pesar de aquello su aspecto físico y cuidado personal se le observó muy descuidado, y la profesional refiere que el estado de ánimo del paciente no ha mejorado. Una vez a solas con el adulto mayor se hizo una retroalimentación con toda la información recolectada en las sesiones anteriores y se le explicó que en esta ocasión se le aplicaría un test psicométrico que permita valorar cuantitativamente su nivel de depresión.

El paciente estuvo de acuerdo y accedió a colaborar, pero durante la aplicación del test se le observó desmotivado, desconcentrado y desviaba su atención, en momentos su mirada se perdía y sus ojos se ponían llorosos. La sesión de este día tuvo una duración de 30 minutos aproximadamente, y se socializó con él los resultados obtenidos y al diagnóstico presuntivo que se podría llegar; a continuación, se le agradeció por su colaboración y que se coordinaría con el departamento de trabajo social y de psicología para elaborar la propuesta psicoterapéutica que le ayude con su problema y le permita mejorar su calidad de vida.

Situaciones detectadas

Habiendo culminado el proceso de evaluación psicodiagnóstica con la persona adulta mayor intervenida en la realización de este estudio de caso, se detallan a continuación los hallazgos detectados en cada una de las áreas funcionales del paciente durante el desarrollo de las sesiones y con la información recolectada mediante las técnicas aplicadas como la entrevista, observación y test psicométrico:

Primera Sesión

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Desmotivación, falta de atención, desorientación temporal.	Depresión
Pensamiento	Maximización, Locus de control externo, baja tolerancia a la frustración.	
Afectivo	Tristeza, desesperanza, dolor.	
Conducta social - escolar	Aislamiento, llanto continuo.	
Somática	Insomnio, Pérdida de peso, enlentecimiento de sus funciones motoras, inactividad, pérdida de apetito.	

Segunda Sesión

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Desmotivación, falta de atención, desorientación temporal.	Depresión
Pensamiento	Deseos de morir, inutilidad, catastrofismo.	
Afectivo	Tristeza, desesperanza, aflicción, Desánimo.	
Conducta social - escolar	Aislamiento, llanto continuo.	
Somática	Insomnio, Pérdida de peso, enlentecimiento de sus funciones motoras, inactividad, pérdida de apetito.	

Tercera Sesión

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Desmotivación, falta de atención, desorientación temporal,	Depresión
Pensamiento	Inutilidad, catastrofismo.	
Afectivo	Tristeza, desesperanza, dolor, desánimo.	
Conducta social - escolar	Aislamiento, llanto continuo, descuido personal.	
Somática	Insomnio, Pérdida de peso, enlentecimiento de sus funciones motoras, inactividad, pérdida de apetito.	

Resumen del cuadro sindrómico

Función	Signos y síntomas	Síndrome	Factores precipitantes
Cognitivo	Desmotivación, falta de atención, desorientación temporal.	Depresión	* Mantenerse aislado y no participar en actividades recreativas no permite desviar sus pensamientos del estado de abandono.
Pensamiento	Maximización, Locus de control externo, baja tolerancia a la frustración, deseos de morir, inutilidad, catastrofismo.		
Afectivo	Tristeza, desesperanza, dolor, desánimo.		
Conducta social	Aislamiento, llanto continuo, descuido personal.		
Somática	Insomnio, Pérdida de peso, enlentecimiento de sus funciones motoras, inactividad, pérdida de apetito.		

De acuerdo a los hallazgos encontrados dentro de la sintomatología presentada por el paciente en cada una de sus áreas funcionales y a la valoración realizada con las puntuaciones de los test aplicados se determina el siguiente diagnóstico: **Trastorno de depresión mayor, episodio único, Grave 296.23 (F32.2)**.

Soluciones planteadas

Una vez culminada la evaluación psicológica y habiendo establecido el diagnóstico del adulto mayor intervenido en este estudio de caso, se realizó un análisis comparativo entre los diferentes enfoques psicoterapéuticos para determinar cuál sería el más adecuado y pertinente para llevar a cabo de acuerdo a las características personalógicas del paciente y del trastorno, determinando a la Psicoterapia Racional, Emotiva, Conductual como la más ajustable y eficaz.

Se ha decidido optar por este enfoque en función de los hallazgos encontrados en el paciente durante todo el proceso basado en el modelo de la trec A-B-C. Donde A es la situación activadora o detonante de la perturbación emocional; en el caso del adulto mayor, «mis familiares no vienen a visitarme». La B es la inferencia o pensamiento que se

tiene acerca de A; “me doy cuenta que no me quieren y mejor sería ya morirme nomás”; “Ellos deberían visitarme, es terrible estar así”. La C es la consecuencia en el estado emocional «Depresión».

El postulado de este modelo sostiene que no son los hechos o las situaciones las que causan la perturbación sino la interpretación o creencia que se hace acerca de ellas; es decir que no es el hecho de que los familiares no visiten a esta persona y lo hayan abandonado lo que causa su depresión, sino la creencia o percepción de que es terrible y que mejor sería morirse lo que le perturba (Ellis & Dryden, 1989).

A este tipo de pensamiento se lo denomina como creencia irracional, expuesta también por Ellis en las doce creencias irracionales; entre ellas, que sea terrible que las cosas no salgan como se desean y que las tragedias que agobian a las personas dependen de factores externos y no se puede hacer nada para cambiar los resultados originando una emoción negativa insana como la depresión.

El objetivo de la Terapia Racional emotiva Conductual se enfoca no en eliminar esos pensamientos o creencias sino en modificarlos y reemplazarlos por otros más aceptables y racionales que no produzcan perturbación y que deriven al menos en una emoción negativa sana que en este caso sería la tristeza; con la que el paciente pueda continuar una vida más confortable y sin complicaciones en su estado emocional ni en sus funciones cognitivas y conductuales.

Lo primero es seguir el esquema de la aplicación de los 12 pasos de la TREC; para ayudarle al paciente a identificar cual es la creencia irracional que causa su perturbación, una vez hecho esto, se prepara al paciente para debatir esa creencia, y luego el debate. Cuando la persona ha comprendido que lo que afecta su estado emocional son las percepciones negativas que tiene de la situación activadora, y las ha reemplazado por creencias racionales, estas deben ser reforzadas.

Entre las técnicas utilizadas en este enfoque psicoterapéutico se considera idónea la Imagen Racional Emotiva, una técnica de corte cognitivo que consiste en pedir al paciente que cierre sus ojos y se relaje, luego que imagine la situación que le cause la mayor perturbación y que trate de sentirla como si estuviera ocurriendo en realidad y que experimente el malestar que esto le causa es decir, la emoción inapropiada como la

depresión; (se espera por 2 minutos); y luego se le pide que cambie esa emoción inapropiada por la emoción sana correspondiente, en este caso la tristeza.

En esta parte, hay que asegurarse que lo que haya cambiado el paciente sea la emoción y no la situación que le causa la perturbación. Una vez que lo haya logrado, pedirle que haga una señal con la mano y que se mantenga en esa emoción por al menos cinco minutos, y si no logra mantenerse en la emoción sana por ese periodo de tiempo, se le pide que lo intente nuevamente hasta que lo consiga. Antes de culminar la sesión se llega a un acuerdo acerca de las tareas para la casa, que consistirá en poner en practica este ejercicio cada vez que tenga una perturbación.

Con la práctica de este ejercicio cognitivo se ayudará al paciente a conseguir una alta tolerancia a la frustración y a controlar su estado de ánimo cuando sus creencia o pensamientos irracionales empiecen a perturbarlo ante la situación o situaciones que tengan un impacto negativo en su vida. El número de Sesiones deben se mínimo ocho debido a la gravedad del trastorno del paciente y al menos las cuatro primeras deben realizarse dos veces por semana, luego quedará a criterio del psicoterapeuta renegociar o modificar los tiempos en función de los avances y la evolución favorable de la terapia.

CONCLUSIONES

Con la elaboración y desarrollo de este estudio de caso se concluye que el abandono del adulto mayor por parte de familiares influye considerablemente en su estado de ánimo afectando su calidad de vida, generando un sinnúmero de signos y síntomas como la Tristeza, desesperanza, dolor, insomnio, Pérdida de peso, enlentecimiento de las funciones motoras, inactividad, pérdida de apetito, etc.; características sintomatológicas propias de un trastorno depresivo.

Entre las principales causas para que se produzca el abandono familiar hacia el adulto mayor, es que este ya ha perdido la capacidad de llevar a cabo las actividades básicas o que ya no posea una vida laboral activa; De manera al no poder contar con un ingreso económico y encontrarse en estado de dependencia, los demás integrantes de su

núcleo familiar consideran que genera gastos, razón por la cual prefieren abandonarlo o excluirlo.

Las alternativas más comunes que toman los familiares del adulto mayor al no querer asumir la responsabilidad de su cuidado son: abandonarlos en casa, llevarlos a una casa de reposo particular que se encargan de la atención a este grupo etario, asilarlos en los Centros Gerontológicos que forman parte del sector público o expulsarlos del hogar a su suerte.

En los casos en que el adulto mayor sea acogido en un hospicio público o privado, seguramente en esos lugares existen profesionales encargados de su cuidado y atención, tengan alimentación y un lugar donde dormir; sin embargo sus relaciones y vínculos afectivos con sus familiares se ven distanciados y en ocasiones anulados completamente, porque ocasionalmente o nunca los visitan, generando en ellos la sensación de desamparo, olvido, soledad y que ya no los quieren. Pero la situación es más crítica aun, cuando son abandonados en el hogar o expulsados de estos, pues además de no contar con afecto y sentirse despreciados, no tienen a nadie que les provea un sustento, lo que da origen a una condición de mendicidad e indigencia por parte de las personas de la tercera edad.

El episodio depresivo en un adulto mayor que se encuentra abandonado por parte de sus familiares puede ser ocasionado por factores psicológicos, como las creencias y pensamientos absolutistas o catastrofistas que se generan ante la situación de abandono que perciben y no por el abandono en sí, pudiendo en estos casos ser muy apropiada y eficaz una intervención psicodiagnóstica y psicoterapéutica bajo el enfoque de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).

Ante estas conclusiones, se considera oportuno y necesario que el estado y organismos públicos y privados implementen o refuercen los programas de sensibilización para la ciudadanía y en especial para quienes tengan dentro de su núcleo familiar a personas adultas mayores para que hagan conciencia de la grave afectación que ocasionan al abandonarlos y/o desatenderlos; conjuntamente con ello, estos programas deben llevar a cabo un plan de atención psicológica permanente a los adultos mayores que se encuentran siendo víctimas de cualquiera de los tipos de abandono para ayudar a elevar su estado de ánimo y mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Belesaca, M., & Buele, A. (14 de Septiembre de 2016). *Causas y consecuencias del abandono en el adulto mayor del centro gerontológico "Cristo Rey", Cuenca 2016. (Proyecto de investigación previa a la obtención del título de licenciada en enfermería). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25629/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20N.pdf>*
- Campagne, D. (2012). Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: el primer paso. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 302 - 304.
- Constitución de la República de Ecuador Art. 69 y 83. (20 de 10 de 2008). *Cancillería del Ecuador*. Obtenido de https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion_2008.pdf
- Ellis, A., & Dryden, W. (1989). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. New York: Editorial Desclée de Brouwer.
- Ministerio de Salud de la República de Chile. (2013). Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL, 2013. *Guía Clínica AUGE*, 18-19.
- Morales, S. (Julio de 2014). *Abandono familiar al usuario del Centro Adulto Mayor – ESSALU GUADALUPE, provincia de Pacasmayo en el año 2103 (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Obtenido de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/3676/MORALES%20CARPIO%20MILAGROS%20SUGUEY%28FILEminimizer%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>*
- Oliva, E., & Villa, V. J. (Enero-Junio de 2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 12-14. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
- OMS. (Marzo de 2018). *Hoja Informativa*. Obtenido de <http://files.sld.cu/cpicm-cmw/files/2018/03/hoja-inf-marz.pdf>
- Osorio, G. (Junio de 2017). *Abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del Sistema DIF Hidalgo (Tesis de Grado). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Hidalgo, México. Obtenido de <https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/10594/Abandono%20del%20adulto%20mayor%20en%20la%20casa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>*
- Roca, M., & Aragonès, E. (2018). *Abordaje compartido*. Barcelona: Ediciones Médicas, S.L.
- Tamayo, C. (Marzo de 2016). Obtenido de Los derechos constitucionales y la mendicidad en los adultos mayores (Tesis de Pregrado). Universidad Técnica de Ambato: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23372/1/FJCS-DE-950.pdf>

Torres, A. (junio de 2015). *Psicología y Mente*. Obtenido de Las 5 causas psicológicas de la depresión, y sus síntomas: <https://psicologiaymente.com/clinica/causas-psicologicas-depresion>

Zarragoitía, I. (2011). *Depresión. Generalidades y particularidades*. La Habana: Ciencias Médicas.