



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“DETERIORO COGNITIVO Y SU CORRELACIÓN EN EL APARECIMIENTO DE NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL HOGAR DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS - AMBATO”

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Paucar Mejía, María Lizbeth

Tutor: Psc. López Castro, Walter Javier

Ambato – Ecuador

Diciembre, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“DETERIORO COGNITIVO Y SU CORRELACIÓN EN EL APARECIMIENTO DE NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL HOGAR DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS – AMBATO”, de María Lizbeth Paucar Mejía, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficiente para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Octubre del 2014.

EL TUTOR

.....
Psc. López Castro Walter Javier

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: **“DETERIORO COGNITIVO Y SU CORRELACIÓN EN EL APARECIMIENTO DE NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL HOGAR DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS – AMBATO”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Octubre del 2014.

LA AUTORA

.....
Paucar Mejía María Lizbeth

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimonial de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Octubre del 2014.

LA AUTORA

.....
Paucar Mejía María Lizbeth

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el trabajo de Investigación, sobre el tema: **“DETERIORO COGNITIVO Y SU CORRELACIÓN EN EL APARECIMIENTO DE NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL HOGAR DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS – AMBATO”**, de María Lizbeth Paucar Mejía estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Diciembre del 2014.

Para constancia firman.

1er. VOCAL

2do. VOCAL

PRESIDENTE/A

DEDICATORIA

Dedico éste trabajo investigativo a mi Madre que hizo de mi un lienzo de sueños, que con pinceladas de amor me dio ánimos para avanzar, y ver plasmado realidades cotidianas, gracias a sus moldeamientos y enseñanzas que hicieron de mí la persona de hoy, de la mano de mi Abuela materna que me bendice cada día. Mi familia y personas del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato que inspiraron este proyecto y llenaron mi corazón con sus experiencias de vida, sonrisas y aportes.

A mis colegas por su apoyo e intelecto.

Siendo quiénes hicieron de ésta una travesía de avance y satisfacción en mí proceso, Gracias.

Paucar Mejía María Lizbeth

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Ambato, en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud, a los profesores de la Carrera de Psicología Clínica que con sus conocimientos aportaron a mi formación profesional y a mi Tutor Psc. Javier López que gracias a su noble labor me ha encaminaron en el desarrollo de este proyecto de manera integral y satisfactoria.

De igual manera al Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato, quien me abrió las puertas de la Institución para realizar esta investigación y me supieron brindar todas las facilidades para cumplir a cabalidad con los objetivos planteados, apoyándome en todo momento.

A mi madre, quién nunca dejó de apoyarme y guiarme, gracias por tu fortaleza, ánimo y tiempo. Finalmente y no menos importante agradezco a Dios por permitirme hoy ver mis sueños realizados.

Paucar Mejía María Lizbeth

ÍNDICE:

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	III
DERECHOS DE AUTOR	IV
APROBACION DEL JURADO EXAMINADOR.....	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1._ TEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.2._ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1._ CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA	2
Árbol de Problemas.....	6
1.2.2._ ANÁLISIS CRÍTICO	7
1.2.3._ PROGNOSIS	8
1.2.4._ FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.2.5._ PREGUNTAS DIRECTRICES	8
1.2.6._ DELIMITACIÓN.....	8
1.3._ JUSTIFICACIÓN	9
1.4._ OBJETIVOS.....	10
1.4.1._ OBJETIVO GENERAL	10
1.4.2._ OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
CAPÍTULO II.....	11
MARCO TEÓRICO	11
2.1.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	11
2.2.- FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	13
2.3.- FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA.....	13
2.4.- FUNDAMENTACIÓN LEGAL	14
2.5.- CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	16
Red De Inclusiones Conceptuales	16
2.5.1.- VARIABLE: DETERIORO COGNITIVO.....	17
2.5.1.1.- PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	17
2.5.1.2.- PSICODIAGNÓSTICO	22
2.5.1.3.- FUNCIONES COGNITIVAS	23

2.5.1.4.- DETERIORO COGNITIVO	26
2.5.2.- VARIABLE: NIVELES DE DEPRESIÓN.....	28
2.5.2.1.- PSICOPATOLOGÍA.....	28
2.5.2.2.- TRASTORNOS AFECTIVOS.....	30
2.5.2.3.- DEPRESIÓN	32
2.5.2.4.- NIVELES DE DEPRESIÓN	34
2.6.- HIPÓTESIS.....	36
2.6.1.- HIPÓTESIS NULA (H0).....	36
2.6.2.- HIPÓTESIS ALTERNA (H1).....	36
2.7.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS	37
2.7.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE	37
2.7.2.- VARIABLE DEPENDIENTE	37
2.7.3.- UNIDAD DE OBSERVACIÓN	37
2.7.4.- TÉRMINO DE RELACIÓN.....	37
CAPÍTULO III.....	38
METODOLOGÍA.....	38
3.1.- ENFOQUE.....	38
3.2.- MODALIDAD BÁSICA DE INVESTIGACIÓN	38
3.2.1.- INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL-BIBLIOGRÁFICA	38
3.2.2.- INVESTIGACIÓN DE CAMPO	38
3.3.- NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN	39
3.3.1.- INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA	39
3.4.- POBLACIÓN Y MUESTRA	39
3.4.1.- POBLACIÓN	39
3.4.2.- TIPO DE MUESTREO	39
3.5._ OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	40
3.5.1.- MATRIZ DE OPERACIÓN DE VARIABLE INDEPENDIENTE.....	40
3.5.2.- MATRIZ DE OPERACIÓN DE VARIABLE DEPENDIENTE	42
3.6.- RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	43
3.7._ PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS	43
CAPÍTULO IV	44
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	44
4.1.1._ VARIABLE INDEPENDIENTE:.....	44
4.1.2._ VARIABLE DEPENDIENTE:	58
4.1.3._ INTERPRETACIÓN DE RELACIÓN DE VARIABLES	73
4.1.3.1._ VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	73
4.1.3.2._ FRECUENCIAS OBTENIDAS	74

4.1.3.3._ FRECUENCIA ESPERADA.....	75
4.1.3.4._ PROCESO DE CÁLCULO DEL CHI CUADRADO.....	76
4.2.3.5._ REGLA DE DECISIÓN	76
4.1.3.6._ CURVA DE DISTRIBUCIÓN DEL CHI CUADRADO X ² DE LOS VALORES CALCULADOS	77
CAPÍTULO V.....	78
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	78
5.1.1._ CONCLUSIONES:	78
5.1.2._ RECOMENDACIONES.....	79
CAPÍTULO VI	80
PROPUESTA	80
6.1._ TÍTULO:.....	80
6.2._ DATOS INFORMATIVOS.....	80
6.3._ ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	81
6.4._ JUSTIFICACIÓN	81
6.5._ OBJETIVOS.....	82
6.5.1._ OBJETIVO GENERAL	82
6.5.2._ OBJETIVOS ESPECÍFICOS	82
6.6._ ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	82
6.7._ FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA- TÉCNICA.....	83
6.8._ METODOLOGÍA- MODELO OPERATIVO:.....	91
MARCO ADMINISTRATIVO	108
6.9._ RECURSOS.....	108
6.9.1._ INSTITUCIONAL	108
6.9.2._ HUMANOS.....	108
6.9.3._ MATERIALES.....	108
6.9.4._ FINANCIEROS.....	109
6.9.5._ CRONOGRAMA	110
6.9.6._ PLAN DE MONITOREO.....	111
BIBLIOGRAFÍA:	112
ANEXOS:.....	115

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“DETERIORO COGNITIVO Y SU CORRELACIÓN EN EL APARECIMIENTO DE NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL HOGAR DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS - AMBATO”

Autora: Paucar Mejía, María Lizbeth

Tutor: Ps. Cl. López Castro, Walter Javier

Fecha: Octubre 2014

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como interrogante principal determinar si el Deterioro Cognitivo es un factor de correlación en el aparecimiento de Niveles de Depresión en el adulto mayor del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato, fue contextualizado a nivel de Ecuador en la Provincia de Tungurahua Cantón Ambato. Metodológicamente la información se obtuvo mediante la aplicación del test estandarizado Mini Mental Status Examen de Folstein y de una Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage, teniendo como muestra a 62 adultos mayores, posterior a un análisis de los resultados obtenidos como se demuestra con el cálculo de “Chi-cuadrado” X^2 para verificación de la hipótesis, en donde se llega a la conclusión que el $X^2 c= 16,016 > X^2 t= 12,59$ y de conformidad a lo establecido en la Regla de Decisión, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es

decir, se confirma que el deterioro cognitivo tiene correlación en el apareamiento de niveles de depresión en los adultos mayores que acuden al Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato. Por lo cual se planteó como propuesta la elaboración y aplicación de un programa de tratamiento multimodal terapéutico dirigido al alivio sintomático y la conservación de habilidades intelectuales, motrices y sociales.

PALABRAS CLAVES:

DETERIORO_COGNITIVO, DEPRESIÓN, PSICO_EDUCACIÓN,
BIOPICOSOCIAL, SALUD_MENTAL.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

**"COGNITIVE IMPAIRMENT AND ITS CORRELATION IN LEVELS
APPEARANCE DEPRESSION IN OLDER ADULTS WHO GO TO NURSING
HOMES SACRED HEART OF JESUS - AMBATO"**

Author: Paucar Mejía, María Lizbeth

Tutor: Ps. Cl.Lopez Castro, Walter Javier

Date: October 2014

SUMMARY

This research work was mainly question whether the cognitive impairment is a correlation factor in the emergence of Stories of Depression in the elderly Nursing Home Sacred Heart of Jesus-Ambato, was contextualized in terms of Ecuador in the Province of Tungurahua Ambato Canton. Methodologically the information was obtained by applying the standardized test Mini Mental Status Examination of Folstein and a Geriatric Depression Scale Abbreviated Yesavage, with the sample to 62 seniors, after an analysis of the results as demonstrated by calculating "Chi-squared" X^2 to verify the hypothesis, where it concludes that the $X^2 c = 16,016 > X^2 t = 12.59$ and in accordance with the provisions of the Decision Rule, the null hypothesis is rejected and the alternative hypothesis is accepted, ie, it is confirmed that cognitive impairment is correlated to the appearance of levels of depression in older adults

attending Nursing Home Sacred Heart of Jesus-Ambato. Therefore raised as the proposed development and implementation of a multimodal therapeutic treatment program aimed at symptomatic relief and preservation of intellectual, motor and social skills.

KEYWORDS:

DETERIORO_COGNITIVO, DEPRESIÓN, PSICO_EDUCACIÓN,
BIOPICOSOCIAL, SOCIAL_SCIENCES.

INTRODUCCIÓN

“La inteligencia, la reflexión y el discernimiento habitan en los ancianos, y si éstos no hubiesen existido, tampoco habría existido ningún estado” (Marco Tulio Cicerón).

La tercera edad es un término que hace referencia a personas ancianas, etapa evolutiva que marca a la persona puesto que se evidencian cambios notorios a nivel biológico, psicológico y social. Al hablar de adultos mayores se hace referencia a un vejez cronológica en la cual se da declive de funciones en diferentes ámbitos, uno de los más notorios en esta investigación es el cognitivo puesto que se evidencian olvidos, alteraciones en la memoria, dificultad para orientarse signos y síntomas que se fortalecen con los estereotipos de la edad, que generan ideas irracionales afectando el área afectiva presentando ideas de muerte, sentimientos de inferioridad, desvalorización, desinterés, entre otros, convirtiéndose en una etapa difícil a la que pocos quisieran llegar perdiendo en interés de vivir.

La falta de conocimiento sobre el deterioro cognitivo conlleva a un mal manejo en cuanto a la aceptación de esta etapa, el objetivo de ésta investigación es detectar signos y síntomas de mayor prevalencia a nivel cognitivo y afectivo del adulto mayor mismos que fueron evaluados a través de baterías psicológicas. Con la finalidad de proponer un proyecto basado en la psicoeducación de esta etapa, y a la conservación de habilidades motoras, sociales y mentales, mediante la Logoterapia de Víctor Frank, *El Hombre en Busca del Sentido* (1991).

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1._ TEMA DE INVESTIGACIÓN

Deterioro Cognitivo y su correlación en el apareamiento de Niveles de Depresión en Adultos Mayores que acuden al Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.

1.2._ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1._ CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

MACRO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de los 65 años se le considera a una persona adulto mayor. Dicho así sería una vejez cronológica visto desde un punto de vista laboral por su jubilación o retiro, por lo cual lo limitan funcional y social.

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de diferentes áreas intelectuales, el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas está se ve afectada sobre todo en la tercera edad. (Mendez & Cummings, 2003)

El deterioro de las funciones cognitivas es conocido como envejecimiento normal puesto que va de la mano con la edad, mientras que la patológica se da por el estilo de

vida u accidentes que provocan una disminución en el funcionamiento de las áreas cognitivas.

El deterioro cognitivo presenta una alta prevalencia en el anciano y condiciona situaciones de grave incapacidad lo cual ocasiona una seria problemática socio asistencial. De acuerdo a la OMS (2001) los trastornos neurológicos, psiquiátricos y del comportamiento y la discapacidad a nivel mundial llegan al 31%. Proyecciones mundiales estiman que los casos de demencia aumentarán en países de Europa y Norteamérica a 13,5 millones en el 2000 a 21,2 millones para el 2025. Sin embargo, en general para este grupo se calcula que en el 2000 había 18 millones de personas con demencia y se proyecta que para el 2025 esta cifra aumente a 34 millones. La valoración del estado mental forma parte del proceso de valoración integral (clínica, funcional, mental y social) de los pacientes ancianos (Murray & López, 1996).

Los trastornos depresivos y la ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en la consulta de los tres niveles de atención, 1.6% de la población adulta ha intentado suicidarse, la tasa de suicidio en los últimos 20 años se ha incrementado en 125%. En el 2003 el 18% de la población urbana, entre 18 y 64 años de edad, sufre de trastornos afectivos, principalmente depresión (González, 2003)

La española Casado Blancas, en sus estadísticas realizadas en el 2014, menciona que los latinoamericanos que más sufren depresión con un 46,3%, los que solo alcanzaron un nivel primario de educación, seguidos por el 40,7% de personas con estudios secundarios. Aportó también la influencia del estado civil al referir que el 63% de población con depresión viven en pareja, el 20,4% es separado, el 8,3% es soltero y el 7,4% enviudó, adjunto al 34,6% de familiares con problemas depresivos, denotando importancia en las edades de 20 y 50 años. (Casado Blancas, 2014)

Es importante tener en cuenta al hablar o evaluar depresión el nivel de escolaridad, situación sentimental, y cambios biológicos (hormonales), debido a que son factores relevantes y de gran peso social cultural que afectan al individuo en su desarrollo.

MESO

Según una encuesta realizada por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos en INEC (2009) en el Ecuador existen 1'229.089 adultos mayores, su mayoría vive en la sierra del país (596.429), en la costa viven (589.431). Menciona que la mayoría de personas mayores de 60 años son mujeres con el 53,4%. El director del INEC, Byron Villacís explicó que el promedio de esperanza de vida de los ecuatorianos es de 78 años para las mujeres y de 72 años para los hombres.

El 11% de las personas de la tercera edad vive solo, aumentando en la costa 12,4%. Los que viven acompañados en su mayoría viven con su hijo 49%, nieto el 16% y con su esposo o compañero el 15%. El 81% dicen estar satisfechos con su vida el 28% menciona sentirse desamparado, el 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder. El 50% de hombres dejan de trabajar por enfermedades, el 23% por jubilación, y el 8% su familia ya no quiere que trabaje. En las mujeres el 50% deja de trabajar por enfermedades, el 8% por jubilación y el 20% porque su familia no quiere que trabaje.

En el censo realizado por INEC, 2011, manifiesta que múltiples estudios han demostrado que los trastornos depresivos y el deterioro cognitivo afectan alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 15% y el 35% de personas que viven en residencias geriátricas, entre el 10% y el 20% de personas hospitalizadas en unidades de psiquiatría y hospitales generales.

MICRO

En Tungurahua, según en INEC (2010) menciona que existen aproximadamente 40 mil adultos mayores, siendo Mocha el cantón que tiene el promedio más alto con respecto a personas de más edad.

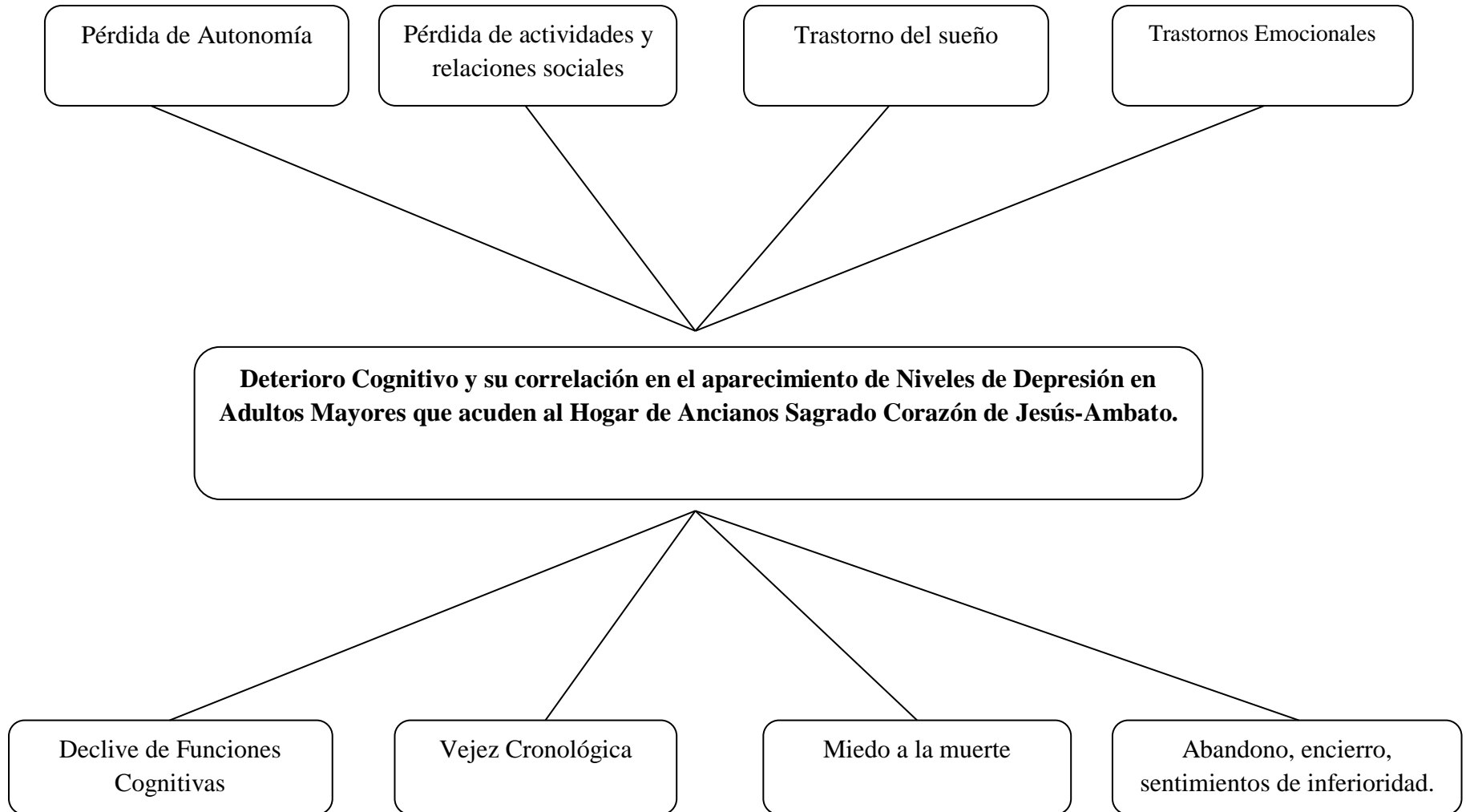
Esta investigación se realiza en el “Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús” de las madres Doroteas, ubicado en la ciudad de Ambato, que cuenta con 62 personas de la tercera edad actualmente. En este centro se muere aproximadamente una persona cada 2 o 3 semanas e ingresan 2 cada mes.

Las personas de la tercera edad que se encuentran en este hogar tienen una rutina ya establecida, que empieza a las 7:00 am con el desayuno, almuerzan a las 12:30pm, aproximadamente a las 16:00 se reúnen pequeños grupos más de mujeres que de hombres para rezar el rosario, otros pocos van a la capilla del hogar, su hora de dormir es de 17:00 a 18:00 aproximadamente, para terminar el día. Tienen visitas los fines de semana, los cuales no son muy frecuentes.

No todas las personas llevan esta rutina a cabalidad, manifestaron las personas que llevan de un año a más aproximadamente, que comen dos veces al día y muy pocas tres manifestando que ya no tienen mucho apetito. El tiempo de ocio que tienen desde el almuerzo hasta la hora de rezar (las personas que rezan) es utilizado para tomar el sol, sin contacto oral entre los entre ellos, las personas que no rezan solo pasan sentadas o caminando por las áreas del hogar esperando llegue el momento de ir a la cama.

El hogar de ancianos sagrado corazón de Jesús-Ambato, no cuenta con un médico de planta, pero si con médicos en distintas áreas que les pasan visita por las mañanas y de ser necesario medicándoles, aproximadamente solo 6 personas cuentan con terapias de rehabilitación física. Este centro cuenta con pasantes de psicología clínica, los cuales realizan terapias de acompañamiento y explicación, estudiantes de colegios católicos suelen ir a visitarlos y conversan con las personas que habitan allí en caso de que lo permitan hasta crean un lazo social.

Árbol de Problemas



1.2.2._ ANÁLISIS CRÍTICO

Con el pasar de los años se da un declive de las funciones cognitivas, (el área intelectual, pensamiento, memoria, percepción, comunicación, orientación, cálculo, comprensión y resolución de problemas), por lo cual necesitan de otra persona en la ayuda de su cuidado, no siempre es así, socialmente creemos que es necesario por lo cual no se les permite realizar actividades cotidianas solos, creyendo que es necesario que alguien más los ayude, en caso de no ser un familiar, o persona contratada para el mismo, será un centro de cuidado especial, decisión tomada pocas veces con la intervención del adulto mayor.

El término vejez cronológica dicho así por la apariencia más que por la capacidad de la edad. El término vejez limita a las personas de la tercera edad de manera social puesto que ya porque tiene 60 años o más ya es hora de jubilarse o evitar realizar actividades que antes las realizaba cotidianamente, lo mismo que lo limita a salir solo, tener contacto con personas que no sean familiares, y cada vez más los mismos familiares necesitan menos de ellos.

Las personas al envejecer pasan por cambios notorios tanto físicos, orgánicos, mentales y sociales, los cuales acarrear consecuencias como la pérdida de la visión, enlentecimiento motor, pérdida de energía, cansancio entre otros, los mismos que preocupan a los adultos mayores provocando ideas de inutilidad, de abandono y soledad, este se convierte estrés emocional, puesto que tienen miedo de perderse a sí mismos, a su pareja y tener que depender de alguien más, es por esto que su ritmo circadiano se ve afectado provocando insomnio.

La acumulación de estrés emocional sobre la situación que atraviesa el adulto mayor se ve afectada permanentemente puesto que cada vez en más notorio su envejecimiento tanto para el mismo como para los demás, los problemas de insomnio aumentan dando como resultado los olvidos, le ponen más atención a sus ideas irracionales respecto a un futuro cercano que no mantienen el foco de atención.

1.2.3._ PROGNOSIS

El deterioro de las funciones cognitivas en la tercera edad podría traer consigo consecuencias tanto personales como sociales, por un lado se limitan las funciones de autocuidado de los individuos lo cual los vuelve proclives a accidentes y daños físicos, lo mismo que genera la necesidad de medios de cuidado y protección que generan a su vez dificultades que pueden ser económicas o incluso de funcionalidad a nivel familiar.

1.2.4._ FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye el deterioro cognitivo en el apareamiento de niveles de depresión en adultos mayores que acuden al Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato?.

1.2.5._ PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Cuál es el índice de deterioro cognitivo en los adultos mayores que se encuentran en el hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato?
- ¿Cuáles son los niveles de depresión del adulto mayor que se encuentra en el hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato?
- ¿Cómo conservar las funciones motoras, cognitivas, sociales y personales del adulto mayor que se encuentra en el hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato?

1.2.6._ DELIMITACIÓN

- **Campo:** Psicología
- **Área:** Psicología del desarrollo
- **Aspecto:** deterioro cognitivo – niveles de depresión

Unidad de Observación:

Adultos mayores

- **Espacial:**

Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato

- **Temporal:**

Tercer trimestre del 2013

1.3._ JUSTIFICACIÓN

En la sociedad occidental el estudio de los pacientes gerontológicos ha sido relegado, sin embargo teniendo en cuenta el inexorable paso del tiempo resulta indispensable generar conocimiento en relación al cuidado y la calidad de vida del adulto mayor.

El presente investigativo resulta de vital importancia por cuanto el deterioro de las funciones cognitivas resulta inevitable en algún grado como; olvidos, irritabilidad, lentitud motriz, desgaste visual y auditivo, problemas de sueño y alimentación, inestabilidad emocional, siendo los más comunes, esto no implica que la calidad de vida de los individuos debe menguar, es por ello que al tener un población limitada facilita la investigación ayudando la aplicación de un plan de intervención, con la colaboración de familiares y personal de cuidado del adulto mayor.

La originalidad de esta investigación se fundamenta en la propuesta estructurada a una población específica, siendo el deterioro cognitivo y la depresión el tema de interés se plantea un plan de solución basado en prevención primaria, acompañada de intervenciones terapéuticas en las cuales se realizarán actividades en relación a la conservación de motricidad, memoria, círculo social y disminución de síntomas depresivos momentáneos mediante la Logoterapia de Víctor Frankl, del libro El Hombre en Busca del Sentido (1991)

1.4._ OBJETIVOS

1.4.1._ OBJETIVO GENERAL

- Determinar la incidencia del deterioro cognitivo y su influencia en la correlación de niveles de depresión en el adulto mayor que se encuentra en el hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.

1.4.2._ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el índice del deterioro cognitivo en el adulto mayor.
- Determinar los niveles de depresión del adulto mayor.
- Proponer una solución alternativa a la problemática de investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

En la biblioteca de la Universidad Técnica de Ambato de la provincia de Tungurahua catón Ambato, se encontraron las siguientes investigaciones. En la investigación realizada por la Psicóloga Clínica. Sánchez Pomboza Labre (2009), de la Universidad Técnica de Ambato, con el tema: “Incidencia de la degeneración de la memoria en los niveles de depresión en el Adulto Mayor en el asilo de ancianos del Hospital Regional Docente de Ambato, en el periodo Agosto-Diciembre del 2009”, concluye que:

“Los adultos mayores presentan en su totalidad degeneración en la memoria en (100%). Los niveles de deterioro de distribuyen: olvido (60%), deterioro moderado (25%), deterioro grave (15%), esta valoración es ratificada en el Test Mini Mental, afectan la esfera emocional del Adulto Mayor propagando la evolución de trastornos de episodios depresivos a través del test de depresión geriátrica de Yesawage, porcentaje más alto corresponde al nivel de depresión grave (65%), seguidos por un equivalente (35%) de depresión moderada y un (0%) depresión leve.”

Esta investigación tiene gran aportación en la población y tema en el cual se va a investigar, tomando en cuenta los estudios estadísticos e influencia en la depresión que se observa en el adulto mayor que acuden en este caso a hospitales, los cuales servirán de base para la investigación que se pretende realizar en una población actual.

En la investigación realizada por el Psc. Cl. José Luis Sánchez Lozada de la Universidad Técnica de Ambato, titulada: “La depresión como factor de riesgo de los intentos de suicidio en mujeres adultas jóvenes atendidas en el área de clínica de mujeres del Hospital Provincial Docente de Ambato en el periodo Noviembre 2007- Abril 2008”, concluye que:

“En los casos investigados y atendidos por intento de suicidio en mujeres adultas jóvenes el 76, 74% fueron diagnosticados con un trastorno depresivo sea este leve, moderado o grave; determinándose el nivel de depresión existente en cada una de los pacientes entrevistadas por medio de la Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde.

Aparecimiento de trastornos depresivos, en la esfera volitiva encontramos signos y síntomas de apatía, anhedonia (ideación/motivación); impulsividad, acting-out (deliberación); decisión errónea, ausencia de decisión y trastornos en la ejecución sea por acción u omisión; además de esferas importantes como lo son la afectividad y la conciencia otras se encontraron seriamente afectadas así: se encontraron hipomnesias (memoria), hipoprosexias (atención); pensamiento inhibido, bloqueado, perseverante (pensamiento); afectándose también los instintos de vida, nutrición y de la vida sexual”.

Estos datos servirán de aporte a la investigación que está realizándose como referente en cuanto a población.

En la investigación realizada por la Psc. Cl. Irina Elizabeth Pérez Martínez (2008), de la Universidad Técnica de Ambato, sobre: “Niveles de depresión que presentan los pacientes de la tercera edad que han sido abandonados por sus familiares y que se encuentran aislados en el área de geriatría del Hospital Provincial Docente de Ambato”, concluye que:

“Una de las ventajas de las terapias humanistas es que destacan en el individuo, sus cualidades únicas de la visión de su propio “yo” e intenta cambiar la imagen que tiene de sí mismo. El objetivo del terapeuta es liberar la personalidad que se encuentra enterrada debido a una serie de actitudes que constriñen. Además los terapeutas humanistas ayudan a las personas para que supriman las coacciones sobre su propio auto actualización”.

La técnica humanista será tomada en cuenta para la creación o reestructuración de la terapia ecléctica en la población investigada en el adulto mayor, la misma que fortalecerá y ayudará en el re establecimiento de cogniciones, tomando en cuenta los resultados de la aplicación de esta terapia en la población a investigar.

2.2.- FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La presente investigación utilizará un paradigma crítico positivo, porque está encaminado a cuestionarse, los esquemas de la investigación y además plantea alternativas de solución que generan resultados específicos ante las adversidades que arrojan esta investigación en los adultos mayores sobre el manejo de la pérdida de sus capacidades intelectuales.

La visión filosófica puede entenderse desde dos puntos de vista epistemológicos; a) como una reflexión sobre el conocimiento que adquiere el psicólogo sobre un objeto, y b) como una reflexión sobre el conocimiento que adquiere el psicólogo sobre un sujeto capaz de representarse en los objetos. Es por ello que el interés de la psicología se basa en las afecciones del ser humano como tal, y su desarrollo en el medio.

2.3.- FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA

Este trabajo investigativo está basado en la teoría cognitivo conductual, acompañado de bases neurológicas con la finalidad de abordar todos los aspectos a tratar de manera específica para un mejor entendimiento.

En cuanto a la propuesta tiene como base fundamental la escuela humanista, debido a que la persona esta englobada en pensamientos, sentimientos y conductas incluso en entornos que lo hacen humano. Aplicando una de sus más mencionadas teorías la LOGOTERAPIA de Victor Frankl, la cual se basa en la búsqueda de sentido del hombre y en el caso particular de mi investigación a través de sufrimiento, puesto que al encontrarle un sentido se logra una trascendencia.

2.4.- FUNDAMENTACIÓN LEGAL

El gobierno desde el 2007 se interesa en el adulto y adulto mayor. Propone políticas, planes y programas, actualmente cuenta con guías clínicas geriátricas de atención primaria en salud. Promoción, prevención de la enfermedad y la discapacidad, prolongar la independencia.

CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008*

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la étnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

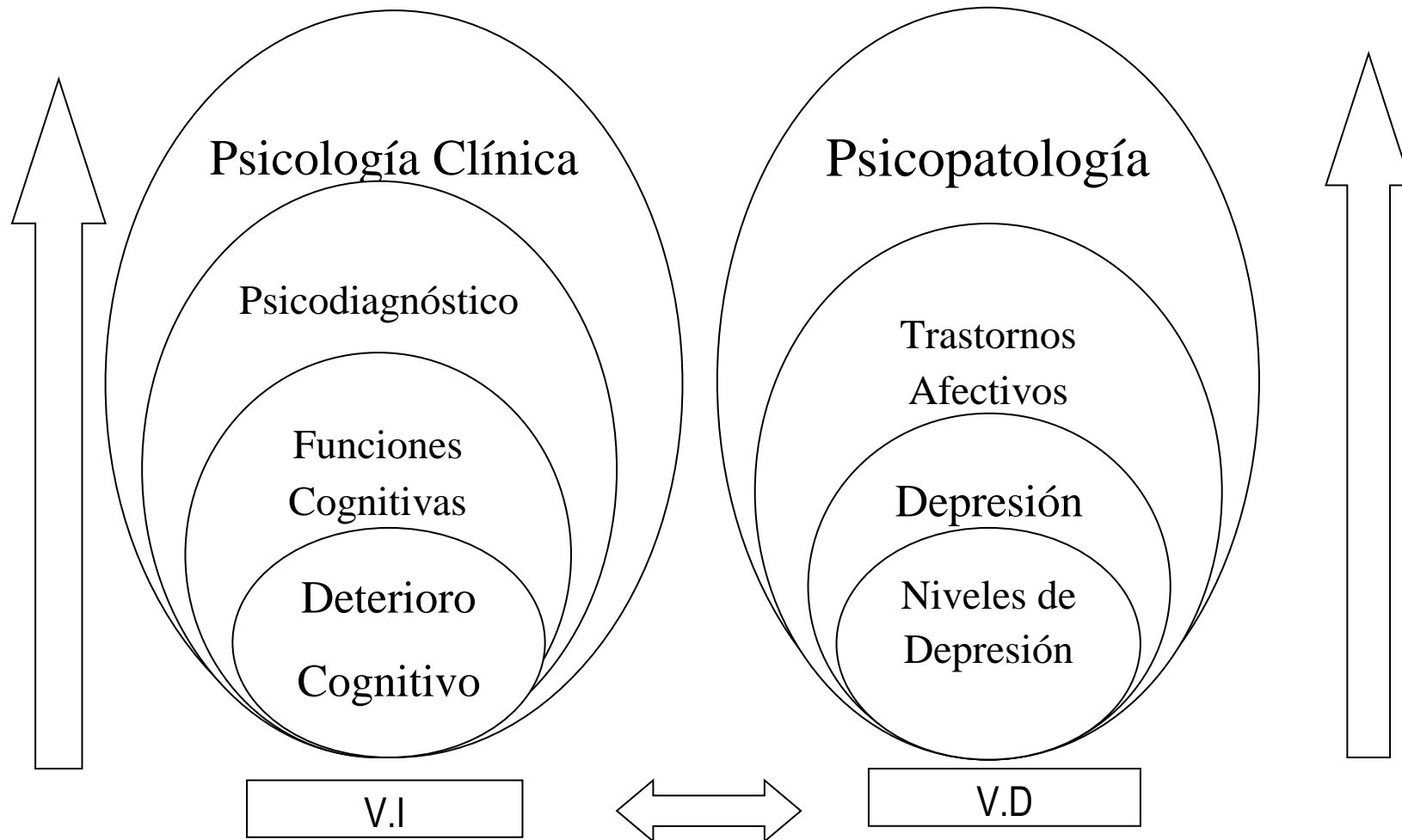
En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.
5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.
8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.

2.5.- CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

Red De Inclusiones Conceptuales



2.5.1.- VARIABLE: DETERIORO COGNITIVO.

2.5.1.1.- PSICOLOGÍA CLÍNICA

La psicología clínica, es una disciplina científica, caracterizada por ciertas peculiaridades, según algunos autores, la naturaleza de la misma radica en:

Parte de la psicología cuyo objetivo teórico y práctico son los trastornos de la conducta y de las vivencias. La noción de “trastorno” implica de social delatan un estado permanente de sufrimiento como consecuencia de las peculiaridades de su conducta o sus vivencias (criterio del “sufrimiento”). El pronóstico del ulterior desarrollo de esta conducta hace prever una situación duradera de daño y menoscabo del individuo o de su medio social. (Dorsch, 1994, p. 616)

Como se puede apreciar, los componentes esenciales de la psicología clínica son diagnóstico, pronóstico y eventual tratamiento.

La psicología clínica es abordada por criterios de definición, desde un punto de vista diferente por su criterio institucional, funcional y de científicidad, lo cual permite al psicólogo ampliar la definición de la misma.

Dorsch citando a Pongratz, Criterio institucional: la psicología clínica ofrece una base científica a la clínica, haciendo que el psicólogo, gracias al bagaje de conocimientos que el estudio de esta disciplina le proporciona, pueda enriquecer, ampliar y profundizar el trabajo clínico. Criterio funcional: se habla de psicología clínica cuando en la teoría y en la práctica se aplican procedimientos psicológicos, desarrollados y examinados en el marco de la psicología, para el diagnóstico, la terapéutica o la prevención de trastornos de la conducta y de las vivencias. Criterio de científicidad: la psicología clínica debe orientarse en cuanto a un objeto, metodología teorías y resultados, en la psicología científica. (Dorsch, 1994, pp. 616-617).

Los puntos desde los que se ha abordado el término psicología clínica hacen hincapié en el proceso de llevar a cabo el proceso, mediante una previa observación de la conducta, la misma que es indagada y llevada a la práctica para una reivindicación tomando aspectos personales y científicos.

En Alemania concibió ya Kraepelin la psicología clínica como la aplicación de los resultados de la psicología experimental a la psiquiatría. Lightner Witmer fundó en 1896 una clínica psicológica en la Universidad de Pensilvania, en la que los

psicólogos debían realizar tareas diagnósticas y terapéuticas. No obstante, en la ulterior evolución de esta disciplina fueron las actividades diagnósticas las que durante mucho tiempo obtuvieron la primacía. Al no estar orientado el diagnóstico a la terapéutica, se corría el peligro de establecer una separación entre las causas “orgánicas” y las causas “psicológicas” de los trastornos. Schraml, la elaboración del método terapéutico psicológico (terapéutica “no directiva”, denominada más tarde “psicoterapia dialógica” y terapéutica de la conducta) recondujo la disciplina a su orientación primitiva, lo que dio lugar a un rápido progreso, favorecido por la renovación de los métodos y los contenidos en la psicología académica. Frente a la psicología clínica, la psicología médica es la adaptación para médicos, de la psicología general y la psicología de la personalidad (Dorsch, 1994).

La clínica en general se basa en un diagnóstico el mismo que no solo puede ser tomado en cuenta desde un solo punto de vista, más bien debe ser complementario evitando la subjetividad de los resultados, aportando con la observación y la dialógica, sin descartar las causas tanto orgánicas como psicológicas.

Las ramas de la psicología con su investigación y práctica han aportado con bases, los resultados de la psicología general, de la psicología del sentimiento y de la motivación, de la psicología del aprendizaje -por nombrar sólo algunas ramas-, han aportado con motivaciones teóricas para un mejor abordaje de los trastornos para su diagnóstico, terapéutica y prevención por parte de la psicología clínica. La psicología clínica tiene una estrecha relación con la psicología de la personalidad, la psicología diferencial, la psicología del desarrollo y el estudio de la socialización en el problema de las condiciones ontogenéticas de los trastornos.

Un notable estudio sistemático de los procesos de grupo, de las condiciones para la formación y el cambio de actitudes sociales y de la comunicación, por parte de la psicología clínica, hace esperar avances decisivos, como el comportamiento del profesional en cada área a desarrollarse como tal y su desempeño en el mismo. En especial a este estudio la psicología fisiológica y la neuropsicología: por sus aportes magníficos en los hallazgos sobre el predominio de un hemisferio cerebral, sobre la base neural de la emoción y la motivación, así como la posibilidad de mediciones periférico-fisiológicas de variables de constructos clínicamente relevante, entre ellos la angustia, tienen particular importancia para

la formación de teorías. La psicología profunda, hace su aporte en tendencia en el pasado, con frecuencia, como una corriente psicológica, la misma que ha influido fuertemente en muchas de estas áreas psicológicas con sus tesis, con hipótesis de trabajo, como la influencia de factores sociales en la infancia que son mencionados a través de la entrevista.

Por otro lado, investigaciones clínico-psicológicas incluyen la descripción de los trastornos mediante vivencias y conductas para poder establecer un sistema clasificatorio aplicable económicamente y facilitar la explicación de las diferencias entre las categorías a base de conocimientos sobre modelos etiológicos. Se utiliza el método clínico clasificatorio utilizado en el pasado, dicho así por la información recaudada anteriormente sobre las características que con frecuencia han ido apareciendo las mismas que pueden ser repetitivas a partir de una experiencia generalmente poco sistemática e intuitiva, de acuerdo con un marco teórico preestablecido, se aspira llegar a la objetivación de este proceso. Menciona que para lograr este proceso se utilizarán métodos estadísticos multivariados los que jerarquizarán los modos de comportamiento observables según criterios formales de similitud en un sistema variado, que posibilite la elaboración de escalas diagnósticas. Para la validación de efectuará desde cuatro puntos de vista: el más importante en la práctica es la reactividad diferencial a una o varias formas terapéuticas. Pero a largo plazo se contemplan las covariaciones en las categorías percepción, aprendizaje, pensamiento las cuales serán clasificadas en la elaboración informativa, tomando en cuenta las diferentes causas en los diferentes grupos de trastornos buscando el pronóstico del curso del trastorno. La información obtenida sirve para la planificación de procedimientos terapéuticos, como prevención d trastornos y las recaídas de los mismos.

La clasificación de la psicología diferencial en la psicología clínica ha sido rechazada por algunas corrientes terapéuticas dentro del modelo de enfermedad psiquiátrica. Considera que los conflictos deben analizarse de manera individual basándose en la situación del conflicto, (en psicoanálisis, lo latente), podría ver desde el punto de vista de las condiciones individuales del aprendizaje y refuerzo como menciona la terapia conductual, lo cual se tratará desde el modelo correspondiente. Pero este presupone una teoría diferenciada, adaptada a la

variación sintomática, que falta en ambos casos. La aplicación práctica de esta clasificación relativamente anárquica vuelve a anular estas aspiraciones con el recurso subrepticio a sistemas clásicos de categorías interindividuales. Uno de los peligros más grandes es la etiquetación puesto que es antiterapéutica y deshumanizadora lo que conlleva a la reducción mediante la concentración en el diagnóstico de los trastornos y no de las personas y con una fuerte y controlada autodisciplina del diagnosticador. Ciertos ensayos de clasificación de modelos de interacción social, en lugar de modelos de conducta individual, parecen muy prometedores; pero falta todavía la prueba empírica de su validez.

La investigación experimental de los trastornos de control de la conducta (psicología clínica experimental en sentido estricto). Distintas variables elementales en la teoría de la conducta estudian en relación a eventuales diferencias, en la clínica. Los resultados deben proporcionar conocimiento sobre características de la conducta alterada y clasificar la formación de teorías:

Menciona ciertas hipótesis en este sentido se dan en el campo de la investigación de la conducta esquizofrénica (Cohen y Meyer-Osterkamp 1974), fóbica (Lazarus 1966), autista (Hermelin y O' Connor 1970) y depresiva. Se estudian sobre todo variables la percepción (Frith 1973), de la atención selectiva (McGhie 1969) o del aprendizaje y el pensamiento. Falta todavía la necesaria ampliación de este planteamiento en dirección a la construcción de modelos, analógicamente a la investigación psicológica de procesos elaboradores de información. (Dorsch, 1994, p. 618)

Por otro lado, la Psicología experimental. Principalmente basado en pruebas con animales, las mismas que condicionaban sistemáticamente los factores patógenos o de reacciones de privación (Harlow, 1958).

La investigación diagnóstica, ha establecidos sistemas clasificatorios, se impone la elaboración de procedimientos diagnósticos. Frente al diagnóstico de la psicología clínica clásica, se prefieren cada vez más los procedimientos con orientación terapéutica (por ej., análisis de la conducta, análisis de la interacción) y provistos de criterios suficientes de validez (Sarris y Lienert 1974). Además de los test psicológicos, el objeto investigado postula la observación de la conducta

(Bayer 1974), la entrevista (Seidenstücker y Seidenstücker 1974), escalas específicas de situación y de trastornos (Schulte 1974) y métodos de medida periférico-fisiológica (Birbaumer 1974). Especial atención se presta últimamente a las variables de la conversación clínica (Moser y otros 1974) como procedimiento diagnóstico y terapéutico a la vez.

Las técnicas de intervención. Se aplican a la terapéutica, como prevención y rehabilitación, centradas en el individuo (estimulación) o bien en el medio social (reacción). El objeto de intervención es el portador del síntoma, y en el segundo es el medio social, las reacciones a la conducta inusual de un individuo pueden contribuir a la formación y persistencia de excentricidades. Mientras la intervención centrada en la estimulación se produce sobre todo a través de las instituciones (ambulatorios, residencias, consultorios), para las medidas centradas en el ambiente se presentan mejor los centros asistenciales de tipo comunitario dedicados a tareas preventivas y de reivindicación. De las técnicas de intervención, las más conocidas son las propias de la psicoterapia de la conducta y la psicoterapia dialógica. Estas tienen en común el principio de hacer objetivo el proceso terapéutico y favorecer el método diagnóstico, con base empírica. Este principio lo siguen también algunas formas de terapéutica de la comunicación, que sirve para el tratamiento de problemas de interacción social con recurso a los supuestos técnicos y teóricos de la terapéutica de la conducta, la terapéutica dialógica y el psicoanálisis.

Las áreas de aplicación de la psicología clínica, se ha desplazado de la actividad prevalentemente diagnóstica del pasado a la terapéutica psicológica, la prevención y la rehabilitación para la vida social en los más diversos ámbitos de la vida. Más allá de los campos tradicionales del consejo educativo y la psicología escolar, el área de trabajo se amplía a la actividad terapéutica en ambulatorios y residencias para pacientes psíquicos, terapéutica y rehabilitación de diversas formas de dependencias psicológicas, asistencia durante la rehabilitación y la prevención. La formación en psicología clínica se realiza a nivel de estudios con diploma. Se prevé el complemento de una ulterior formación profesional o universitaria (Dorsch, 1994, pp. 616-619).

2.5.1.2.- PSICODIAGNÓSTICO

El psicodiagnóstico es un término que se deriva de la psicología, tiene una gran importancia en la evaluación de la psicología, clínica, laboral, educacional y social. Wilhelm Wundt en (1878) con ayuda de psiquiatras Alemanes Kraepelin, Ranschburg, Ziehen y el Suizo Jung en el surgimiento de la psicología experimental, en Alemania se le da un mayor impulso a los test psicológicos. En (1921) aparece el término psicodiagnóstico, en una monografía de Hermann Rorschach, sobre el test de las manchas. El término parte de manifestaciones individuales de lo psíquico, de conocimientos naturales y el desarrollo de los mismos, aportando conocimientos básicos mediante el análisis y la generalización de los hechos individuales y psicológicos. Ocupando una posición intermedia entre las disciplinas de la psicología, los métodos obtenidos son utilizados en su práctica.

El psicodiagnóstico facilita la solución de tareas concretas en la investigación, puesto que se encarga de investigar las características de la personalidad puesto que es lo que le diferencia e identifica del resto, mediante el descubrimiento de rasgos, capacidades, actitudes, intereses, motivaciones, problemas, conflictos, etc. Mediante la observación del individuo en sí y en adaptación social. Para el análisis de los fundamentos de la teoría del conocimiento es necesario el análisis y la definición de personalidad sustentado con pruebas psicométricas, el objetivo constituye la individualidad de una persona desde sus inicios, cualidades psíquicas. El conocimiento de este garantizará un buen pronóstico y adecuado tratamiento.

El psicodiagnóstico espera alcanzar las siguientes competencias que permitan la resolución de problemas:

- Desarrollo de habilidades para poder realizar un diagnóstico clínico, en el cual intervengan conocimientos teóricos, la información recopilada en la entrevista y las pruebas psicométricas aplicadas.
- Obtención de habilidades para la realización de una entrevista clínica adecuada y objetiva.

- Realización de la historia clínica, mediante la recolección adecuada para lograr un diagnóstico.
- La elaboración de informes psicológicos con la recolección de datos mediante la impresión diagnóstica, características clínicas e individuales del paciente (Cabrera & López, 2007).

2.5.1.3.- FUNCIONES COGNITIVAS

La función cognitiva se refiere a la capacidad de procesar la información entrante. La cognición es el conocimiento del entorno empleando la percepción, el razonamiento, el juicio, la intuición y la memoria. Cualquier deterioro cognitivo afecta de manera negativa la capacidad de conducir de forma segura.

José-Ramón Valdizán Usón (2008) menciona que el hecho de que el cerebro humano sea el 2% del cuerpo y consuma el 20% de la energía indica su importancia todo el organismo y para sus relaciones con el entorno. Originando la idea de que el cerebro asume la información procesada sobre el entorno. Órgano donde existen las estructuras necesarias para entablar y mantener las relaciones, base de la supervivencia del individuo y de la especie en su conjunto. De ahí que la destrucción de alguna de las estructuras implicadas puede crear situaciones, actualmente no reparables, para una correcta sociabilidad. Cuando hablamos, escuchamos o vemos a una persona o situación nuestras redes cerebrales regulan la interacción con ese exterior, que a su vez se asientan sobre funciones cognitivas y a su vez basadas en zonas cerebrales. Patologías como el trastorno del espectro autista, esquizofrenia, trastornos bipolares, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, son entidades que desencadenan disfunciones individuales con el entorno. En la esquizofrenia se ha especulado que esta enfermedad es el resultado de la desconectividad de las redes implicadas en las redes del cerebro social; por ello, posiblemente, cada una de estas patologías pueden tener alteradas una o varias redes neuronales que dificultan la conectividad entre todas las que constituyen el cerebro social.

Definido como los sistemas superiores cognitivos y afectivos cerebrales desarrollados resultantes de las cada vez más complejas y selectivas presiones

sociales. En este trabajo presentamos las funciones cognitivas básicas y superiores con sus estructuras neuronales implicadas necesarias para la sincronización del cerebro social.

Funciones Cognitivas Básicas Necesarias Para El Cerebro Social

Definidas como el resultante temporo funcional por la interacción entre la interconexión dinámica de distintas estructuras cerebrales, genéticamente determinadas, con el entorno.

Alerta cortical: Sistema necesario modular del entorno, es la base de los procesos que controlan la alerta, la vigilia y la activación, necesarios la percepción y consciencia. Para que estas funciones se actúen es fundamental que la formación reticular ascendente activadora, que procedente del tronco cerebral asciende al sistema talámico difuso y termina en las vías tálamo-corticales, active el sistema nervioso central y en concreto la corteza cerebral facilitando la consciencia e forma difusa.

Atención: Es la red neuronal jerárquica fundamental para los procesos cognitivos que parte de los niveles básicos de alerta cortical:

Sistemas que participan en la atención: De ellos el cortexprefrontal posee tres funciones atencionales: dirección de la atención, atención selectiva y atención sostenida.

Percepción: Primer proceso cognitivo que modula la información externa procedente de los sistemas sensoriales, elabora en forma de hipótesis la representación inicial interna de la realidad. En el área motora suplementaria, se crea un sistema o centro de convergencia que puede tomar información, tanto de la memoria como sensorial, para generar acciones y que a su vez engloba diversas funciones motoras y sensoriales.

Memoria: Es la capacidad para retener lo visto ó escuchado en el pasado, fundamentada en la formación de conexiones sinápticas temporales suficientemente firmes con capacidad de actualización o futuro funcionamiento.

La memoria episódica permite recordar experiencias personales contextualizadas, dentro del circuito que forman lóbulo temporomedial, núcleo talámico anterior,

cuerpos mamilares, fornix, corteza prefrontal. Mientras que la memoria semántica explícita, usada para almacenar conocimiento general, sin relación con el contexto, utiliza el lóbulo temporoinferolateral. Memoria de trabajo explícita y declarativa. Posee la capacidad de retener y utilizar temporalmente información necesaria para realizar una tarea. Compuesta de información fonológica, localizada en corteza prefrontal, área de Broca y área de Wernicke y visuo-espacial, localizada en corteza prefrontal y área de asociación visual, junto con la función ejecutiva adecuada para utilizar estos recursos.

Motivación: Proceso dinámico interno intrínsecamente humano relacionado con el interés y la voluntad, resultante de la combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que decide, en una situación dada, la iniciación, dirección, el vigor de la actuación y la persistencia en encauzar la energía. El sistema dopaminérgico-tegmentoventral juega un importante papel, junto al hipocampo y el giro cingulado anterior que mantiene una buena conexión con el cortex frontal y el resto del sistema límbico.

Regulación emocional: Capacidad para modificar o mantener una situación emocional concreta dependiendo de la capacidad previa para distinguir y diferenciar estados emocionales internos. Se ha señalado que las bases de la regulación emocional dependen del circuito límbico-prefrontal.

Autoconsciente: Es el regreso a la conexión con el exterior, siendo el elemento clave del ser humano, donde se da importancia al medio externo y posiblemente localizado en el lóbulo prefrontal. La sistemática donde autoconsciente e introspección se alternan podría explicar procesos como autismo o esquizofrenia.

Dinámica del autoconsciente La explicación de esta función modulación subjetiva del mundo objetivo se debe a que por cada conexión de tálamo a cortex parten de corteza a tálamo más de 10 conexiones, generándose un bucle tálamo-cortical-talámico con frecuencia de 40 Hz.

Lenguaje interior: Forma básica del pensamiento sin palabras, el lenguaje interior ayuda a la organización mental y a la comprensión consciente, siendo el paso intermedio entre pensamiento y expresión exterior mediante representaciones semánticas sin estructura gramatical. Localizado en el lóbulo frontal.

Solidaridad: Suma de los mecanismos nerviosos que instrumentan nuestras interacciones, además de nuestros pensamientos sobre las personas.

Autocontrol: Capacidad para resistirse en realizar una acción después de tener la intención de hacerlo o la libertad para no querer. La acción voluntaria es fundamental para la existencia humana. Implica una red específica de la actividad cerebral, centrada en la corteza frontoparietomedial que se activa cuando se debe actuar o no.

Sincronización: Las estructuras neuronales que interconectan al unísono para mantener las actividades superiores que caracterizan el cerebro social, son: el cortex prefrontaldorsolateral, el cortex órbitofrontal, el cortex cingulado anterior, la amígdala, el gyrus temporosuperior y el cortex asociativo parietal.

2.5.1.4.- DETERIORO COGNITIVO

El estado cognitivo es definido como la condición en un momento dado de un conjunto de funciones neurocognitivas (atención, memoria, lenguaje, visioespacial, ejecutiva, etc.) necesarias y satisfactorias para el desarrollo de actividad mental. De aquí podemos describir dos condiciones "normal" o deterioro cognitivo leve.

- Normal: Condición Satisfactoria de ejecución de las funciones neurocognitivas para la adaptación a las exigencias del diario convivir, en todas las áreas, sin mayores quejas subjetivas de memoria
- Deterioro Cognitivo Leve: Deterioro con afectación de la memoria como principal función. Petersen establece los criterios diagnósticos;
 1. Quejas subjetivas de la memoria realizadas por terceros.
 2. Objetivación de un deterioro a través de pruebas neuropsicológicas específicas
 3. Conservación del resto de funciones cognitivas, de acuerdo a lo estandarizado a la edad.
 4. "Normal" desempeño en las actividades rutinarias o con mínima afectación en actividades instrumentales.

5. Sin elementos de sospecha de demencia. (Mias, 2009, pp. 84-85).

Como puede apreciarse las limitaciones que se desprenden del deterioro cognitivo leve, permiten aún cierto nivel de funcionalidad y autonomía al sujeto.

El deterioro cognitivo, es un déficit en las funciones cognitivas dado por el envejecimiento por lo cual lo encajaremos dentro de lo establecido socialmente como "deterioro normal", mientras que el deterioro cognitivo leve es medible dicho así puesto que mediante la observación notaremos un considerable síntoma el olvido, lo cual manifiesta posible cuadro clínico, como una demencia o enfermedad de alzheimer. Este síntoma debe ser evaluado y observado puesto que es el más notorio dentro de la memoria, mientras que el resto de funciones cognitivas como la visoespacial, verbal y ejecutivas se conservan, es por ello que dentro de esta investigación se hará hincapié en el deterioro cognitivo leve:

Kral (1962) hace una distinción entre "olvido benigno" propio del declive normal y el "olvido maligno" que indicaba el preludio de una demencia, incluye olvidos de sucesos completos del pasado inmediato y olvidos de datos superaprendidos. Luego, distintos grupos de investigación propusieron diversos criterios para referir un estado intermedio entre el declive normal y la demencia. Crook (1986), propuso el concepto "Alteración a la Memoria asociada a la Edad". Levy (1992) y la OMS proponen el concepto de "Declive Cognitivo Asociado a la edad". El DSM-IV en 1994 propone el término "Deterioro neurocognitivo leve". (Mias, 2009, p. 31)

Las complejidades que se desprenden del deterioro cognitivo leve corresponde por tanto a las vicisitudes propias de la edad.

El deterioro de memoria asociado a la edad, hace referencia a personas de 50 años a más, que presentan quejas de memoria, deterioro subjetivo de la memoria, cognición general normal, ausencia de demencia. Esto puede verse afectado por las condiciones en las cuales se desenvuelva el adulto, medio social. El trastorno cognoscitivo leve, es una propuesta experimental, puesto que sus criterios contemplan el hecho del deterioro cognitivo esté acompañado o asociado a trastornos cerebrales o somáticos establecidos. Mientras que la declinación

asociada a la edad, son quejas subjetivas y déficits objetivos en; memoria, aprendizaje, atención, concentración, razonamiento abstracto, lenguaje o funciones visoespaciales, los cuales no afectan sus actividades diarias.

El deterioro cognitivo sin demencia, propuesto por Graham (1997), hace referencia a la disfunción cognitiva sin la gravedad para construir una demencia

Para determinar el deterioro cognitivo leve es necesario realizar una investigación exhaustiva tanto visual como psicométrica, puesto que las quejas de memoria son demandadas más por terceros, y es considerada como un estadio temprano o preventiva para alzheimer, con ejercicios de neuroplasticidad puede estabilizarse o mejorar afecta al diagnóstico primerizo, este mismo hecho puede tener otra etapa la mejora y recaída, la memoria no es la única función cognitiva afectada en un estadio temprano de alzheimer. (Mias, 2009)

2.5.2.- VARIABLE: NIVELES DE DEPRESIÓN.

2.5.2.1.- PSICOPATOLOGÍA

Es una disciplina científica que estudia las desviaciones patológicas y de la vida psíquica, especialmente las psicosis y las psicopatías. Se derivada de la psiquiatría, puesto que hace referencia a los trastornos de la personalidad:

En el desarrollo histórico de los conocimientos sobre psicopatología, hemos de remontarnos a épocas lejanas, como es natural por la importancia que siempre ha tenido este tema para el hombre. Puede considerarse como figura culminante en los tiempos medievales a santo Tomás de Aquino por sus comentarios sobre el primer tratado psicológico conocido (de Anima, de Aristóteles), en los que describe los trastornos psicológicos con un punto de vista filosófico. No recibieron nuevo impulso estos estudios hasta el siglo XIX, al desarrollarse la psiquiatría y la neurología gracias especialmente a los conocimientos adquiridos sobre la hipnosis y la sugestión en la histeria. A esta época corresponden nombres como los de Bernheim, Liebault, Janet, Charcot y Ribot. Ya en nuestro siglo, tomaron nuevos rumbos los estudios de psicopatología como resultado de los trabajos de Freud y de su escuela. La psiquiatría, con sus nuevas orientaciones, ha ejercido una influencia no menos importante sobre la evolución de la psicopatología, que recibió impulso de dos contrapuestas tendencias: la descriptiva que es mencionada especialmente por Griesinger, Kraepelin y la analítica mencionada especialmente por Wernicke, hasta que Jaspers hizo de la psicopatología una ciencia

estructurada y metodológica como lo menciona Kolle. (Dorsch, 1994, p. 661)

Este proceso que va desde la filosofía, hasta la psicología y la psiquiatría expresan las variantes en la construcción y deconstrucción del concepto.

El desarrollo más importante en la historia reciente de la psicopatología es la adaptación de métodos científicos para mejorar el conocimiento de la naturaleza de los trastornos psicológicos, las causas y el tratamiento. Los psicólogos clínicos y psicólogos dedicados al counselling llevan a cabo investigaciones sobre las causas y el tratamiento de los trastornos psicológicos, mediante un diagnóstico y evaluación para poder tratar los trastornos o perturbaciones que presente el individuo. Los psicólogos experimentales y sociales ponen más atención a investigar sobre las conductas descartando la evaluación y el tratamiento de los trastornos.

Puesto que el estudio de los trastornos psicológicos se basa en un enfoque que es la descripción clínica del trastorno psicológico, su etiología el tratamiento y los resultados del mismo. La descripción clínica se basa en la combinación única de comportamientos, pensamientos y emociones que forman un trastorno determinado. La etiología estudia el origen de los trastornos, comprende dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. El tratamiento es importante en el estudio de los trastornos psicológicos abordado desde un punto terapéutico y farmacológico de ser necesario, puesto que la dinámica llevará a un mejor resultado para el individuo tanto para su reivindicación, como para indicar la índole del trastorno (Durand & Barlow, 2001).

Modelo Alienista:

Anátomo-clínico, llamado así por estar basado en la medicina clínica, este modelo entra en crisis cuando se advierten trastornos mentales que no pueden explicarse desde lesiones anátomo-patológicas, como las parálisis cerebrales de Bayle (PGP) que tienen una causa orgánica, siendo la lesión de las meninges del cerebro, los lapsus, chistes y actos sintomáticos quedan excluidos de la psicopatología en este modelo. Puesto que este modelo hace objetivo el trastorno, tomándolo como orgánico, adoptando una teoría clásica del conocimiento, basado en una relación

sujeto-objeto. Basado en la epistemología positivista privilegiando la observación, manifestando que la enfermedad es algo visible.

Modelo Fenomenológico:

Principal representante Karl Jaspers, aplica el pensamiento psicogenético, según este modelo lo psíquico produce lo psíquico. Haciendo hincapié en el modelo sujeto-objeto, en lugar de mirada se utiliza la escucha fenomenológica. El fenomenólogo hace objetivo el discurso a través de los conceptos de Dilthey sobre comprensión, explicación, desarrollo y proceso.

Modelo Psicoanalítico:

Rompe con la relación sujeto-objeto, puesto que el sujeto no mira o escucha al objeto, más bien tiene una representación de él, no es lo mismo que el objeto en sí, por lo cual el analista pasa a formar parte de la estructura. No existen verdades absolutas puesto que cada situación es distinta, se rompe la relación cognoscitiva clásica dicho así porque la “verdad” del paciente depende de que el analista no la obture con su saber; el Psicoanálisis es una práctica sugestionante. (Batidas Tello, 2012)

2.5.2.2.- TRASTORNOS AFECTIVOS

La afectividad hace referencia a una sensación subjetiva de cada momento, que delimita la vida emocional del individuo, basándose en una triada conformada por; los sentimientos, emociones, y pasiones. El estado de ánimo o humor es un estado afectivo independiente de tiempo duradero, dependiente de la personalidad de cada individuo.

- Sentimientos: Son reacciones afectivas de poca intensidad y de larga duración, predominio de conciencia y voluntad.
- Emociones: Son reacciones afectivas bruscas, de poca intensidad, corta duración, acompañadas de alteraciones orgánicas funcionales, como; palpitaciones, sudoración, resequedad de la boca, dilatación pupilar, hipertensión arterial, temblor, palidez, rubor, entre otras,

actúan como desencadenante de los mecanismos de adaptación. Guarda relación con la expresión del rostro.

- Pasiones: Reacciones afectivas de gran intensidad y de larga duración, llegan a deformar las ideas del sujeto. La persona valora sus ideas de acuerdo a su estado pasional (celos, envidia, venganza, desconfianza, miedo). La pasión ciega el razonamiento y afecta la inteligencia (Bastidas Tello, 2012).

Cada uno de los estados descritos posee sus propias particularidades que lo diferencian de los otros.

El humor o estado de ánimo corresponde a un estado afectivo de duración más prolongada y no necesariamente es de carácter reactivo, es el tono hedónico dominante en un momento determinado, el humor patológico genera un sufrimiento vital al individuo o aquellos que lo rodean, por lo cual no puede desarrollarse adecuadamente en la sociedad. Por ello es importante la observación de toda actividad psíquica cuyo contenido sea transformado por un sentimiento.

- Humor maníaco-depresivo: la psicosis maníaco-depresiva, los estados anímicos de depresión y manía, aparentemente contrapuestos, han sido agrupados desde la categoría trastorno bipolar, estos cuadros afectivos pueden presentarse de forma aislada o conjuntamente de manera parcial con los estados mixtos. La manía y la depresión no son estados anímicos opuestos, más bien patológicos.
- Humor maníaco: o hipertímico es una variante de la patología del humor caracterizada clínicamente por la euforia, acompañada de la aceleración del curso del pensamiento (taquipsiquia) e hiperactividad psicomotora. Caracterizada como trastorno bipolar I. En grado menor, es llamada hipomanía, con los criterios diagnósticos según DSM-IV-TR y el CIE-10, aquellos episodios con características maniformes que no alcanzan la suficiente gravedad clínica (ausencia de síntomas somáticos) como para afectar al individuo social o laboral, o para motivar la

hospitalización. Estos episodios maníacos son característicos del trastorno bipolar II (hipomanía con o sin depresión mayor) y de la ciclotimia.

- Humor depresivo: los síntomas predominantes son los sentimientos de tristeza, desesperanza, e infelicidad, acompañada de una disminución de la energía vital y un desentendimiento en mayor o menor medida del entorno. Sus principales manifestaciones psicopatológicas son; fatiga vital, con mejoría en los cuadros endógenos, indiferencia afectiva, anhedonia, suele presentar una tendencia destacada al llanto, espontáneo o inducido, atención escasa, curso de pensamiento enlentecido (bradipsiquia), predomina el lenguaje parco, en ocasiones monosilábico, descartar comportamientos histriónicos o desadaptativos.

Todos los señalados se consideran expresiones desadaptativas, trastornadas o patológicas.

2.5.2.3.- DEPRESIÓN

La depresión es manifestación de la hipotimia, dicho así por el desequilibrio del estado anímico. Es una condición emocional de actividad física y mental disminuida y desagradable, ya sea normal o patológica:

La depresión se caracteriza por ser un estado de tristeza más o menos profundo, con inhibición y disminución de los procesos psíquicos intelectivos, volitivos, neurovegetativos, etc. El sujeto tiene manifiesta un sentimiento de dolor, pesimismo, de desagrado, de incapacidad, de impotencia. La asociación de ideas se realiza con asombrosa lentitud y su actitud es de inmovilidad o de ligeros movimientos. Presenta sentimientos de culpabilidad, autoacusación, autoreproche, autopunición. (Riofrio, p.94)

La sintomatología descrita, se presenta de manera pura en los trastornos de intensidad grave.

La depresión se ve manifestada por un cambio con respecto al comportamiento individual y relacional previo, una asociación de signos y síntomas; como el enlentecimiento psicomotor o más bien una inestabilidad, disfunción o pérdida de

interés en las actividades que le atraían o realizaba, desvalorización, dudas, incertidumbre, dificultades en la atención, trastornos de la conducta alimentaria, y patrón del sueño, quejas somáticas, signos de ansiedad e ideas de muerte o autolíticas. Este tipo de observaciones deben variar de acuerdo al individuo por su situación como puede ser su edad, es muy necesario realizar una evaluación y observación profunda evitando la etiquetación facilitando la objetividad en el diagnóstico. Cuando se pasa por desapercibido este tipo de comportamientos, puede volverse crónico, la tristeza, las vivencias dolorosas, y el sentimiento de desvalorización pasan a un segundo plano, pasando a un grado en el cual los signos son más intensos: agitación, irritabilidad, oposición, paso al acto suicida y fracasos, por lo cual a la depresión se la conoce como el sufrimiento subyacente.

Existen momentos depresivos de duración limitada, los cuales se presentan hacia los tres o cuatro años estas variaciones se las consideran normal, son caracterizadas por tristeza y desinterés, aburrimiento y actitudes regresivas. Las depresiones reactivas en cambio son reconocidas por manifestaciones frecuentes ansiosas y movimientos de protesta, es una manifestación de una situación de pérdida actual, cuando no hay una patología. Estas reacciones dependerán de la adaptación del individuo y su manera de reaccionar ante la misma, en caso de reaccionar en su momento no habrán mayores consecuencias, pero al ser inhibidas dicho así por su organización neurótica va a presentar rumiaciones ansiosas, inhibición, quejas somáticas, pérdida de la confianza en sí mismo, temor a perder el amor de los demás, sensación de pérdida del control de los afectos, desinvertimiento de sus actividades o bien trastornos de conducta, los cuales tienen como objetivo el castigo inconsciente o la búsqueda de límites provenientes del exterior (Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz, & Uribe, 2002).

Exploremos algunas clasificaciones propuestas por Székely:

- Depresión Adversa: Meyer menciona ser un tipo de depresión desfavorable en el pronóstico, presenta defeción del juicio. Principalmente se da en el período seni.
- Depresión Agitada: Condición patológica del individuo, la hiperactividad sin reposo se acompaña de desesperación y desilusiones aprensivas y autocondenatorias.

- Depresión Ambivalente: Minkowski menciona que para distinguir los caos de depresión en los cuales predomina la ambivalencia.
- Depresión Anaclítica: Trastorno que surge progresivamente al niño privado de su madre después de haber mantenido una relación con ella, al menos durante los 6 primeros meses de vida.
- Depresión Final: La depresión aparece después de haber realizado alguna tarea difícil o de la liberación de alguna preocupación o privación.
- Depresión Neurótica: Considerada como desorden en un conflicto de ambivalencia, puesto que es muy parecida a un estado melancólico. El conflicto por ambivalencia y el complejo de culpabilidad no es tan fuerte, la relación con la realidad es poco perturbadora (Székely, 2010).

2.5.2.4.- NIVELES DE DEPRESIÓN

Los episodios depresivos; leve, moderado, grave, los padece el sujeto que sufre de humor depresivo, dicho así por la pérdida de la capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas, presenta disminución de su vitalidad lo cual conduce a la disminución de su nivel de actividad llevándolo a un cansancio exagerado aún por una actividad mínima. A excepción de la distimia que suele ser de larga duración y de severidad leve, los demás tipos de depresión se presentan en diferentes niveles de gravedad usualmente catalogados como leve, moderado y grave.

Episodio Depresivo Leve: es la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de fatigabilidad estos se consideran como los síntomas más típicos de la depresión; disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, una perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos del sueño, pérdida del apetito. Al menos dos de estos tres deben estar presentes, ninguno con grado intenso y debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con este episodio suele encontrarse afectado por los

síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, es probable que no las deje por completo.

- Sin síndrome somático; se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndromes somáticos o ninguno.

Episodio Depresivo Moderado: Un enfermo con episodio depresivo moderado presenta grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos en el episodio depresivo leve, es posible que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, sin embargo de haber muchos síntomas la intensidad no es esencial. Este episodio debe durar al menos dos semanas.

- Sin síndrome somático; se satisfacen totalmente las pautas del episodio depresivo moderado.
- Con síndrome somático; se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están presentes cuatro o más del síndrome somático, si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría.

Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos: Durante este episodio, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Los síntomas somáticos están presentes casi siempre. Deben presentarse los tres síntomas típicos del estado depresivo leve y moderado, mínimo cuatro de los otros síntomas en intensidad grave. De presentar síntomas como la agitación, o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz

de describir muchos síntomas con detalle, la duración menor de dos semanas. El enfermo será incapaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica.

- **Incluye:** Episodios depresivos aislados de la depresión agitada.
Melancolía
Depresión vital sin síntomas psicóticos.

Episodio grave con síntomas psicóticos: trata de un episodio que cumple las pautas del episodio depresivo grave con síntomas psicóticos adjuntando ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes tienen contenido moral, de ruina o catástrofes de los cuales siente culpa el enfermo, mientras que las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias, o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede avanzar hasta llegar al estado de estupor.

- **Incluye:** Episodios aislados de:
Depresión mayor con síntomas psicóticos.
Depresión psicótica.
Psicosis depresiva psicógena
Psicosis depresiva reactiva.

2.6.- HIPÓTESIS

2.6.1.- HIPÓTESIS NULA (H0)

El Deterioro Cognitivo no se correlaciona en el apareamiento de Niveles de Depresión en Adultos Mayores que acuden al Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.

2.6.2.- HIPÓTESIS ALTERNA (H1)

El Deterioro Cognitivo se correlaciona en el apareamiento de Niveles de Depresión en Adultos Mayores que acuden al Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.

2.7.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS

2.7.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE: Deterioro Cognitivo

2.7.2.- VARIABLE DEPENDIENTE: Niveles de Depresión

2.7.3.- UNIDAD DE OBSERVACIÓN: Adultos Mayores que acuden al hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús

2.7.4.- TÉRMINO DE RELACIÓN: correlación.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1.- ENFOQUE

La presente investigación se realizó con un enfoque Cuantitativo, puesto que es propio de las ciencias humanas que busca la comprensión de los fenómenos sociales para establecer, formular y revisar la teoría existente, orientada a la comprobación de hipótesis estudiando casos en su contexto.

3.2.- MODALIDAD BÁSICA DE INVESTIGACIÓN

3.2.1.- INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL-BIBLIOGRÁFICA

La investigación documental se efectuó a través de la consulta de documentos (libros, revistas, periódicos, memorias, anuarios, registros, códigos, constituciones, etc.). Es fundamental en la construcción del marco teórico. En esta investigación los recursos bibliográficos corresponden en su mayoría a textos y tesis en relación a niveles de depresión y a terapia integrativa.

3.2.2.- INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Investigación de campo o investigación directa es la que se efectúa en el lugar y tiempo en que ocurren los fenómenos objeto de estudio.

La obtención de información directa de la muestra a través de la aplicación de encuestas, test, cuestionarios, inventarios. Para la presente investigación el estudio de campo se realizó con personas de la tercera edad que se encuentran en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.

3.3.- NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.3.1.- INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA

Investigación Descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de los fenómenos. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre El Deterioro Cognitivo y los Niveles de Depresión en los adultos mayores que se encuentran en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.

3.4.- POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1.- POBLACIÓN

El universo o población total de la investigación se encuentra constituida por los adultos mayores que se encuentran en el “Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato”.

3.4.2.- TIPO DE MUESTREO

Se efectuó en el universo de la población, puesto que constan de 62 adultos mayores, por lo tanto la población es igual a la muestra.

$N=n$

3.5._OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.5.1.- MATRIZ DE OPERACIÓN DE VARIABLE INDEPENDIENTE

DETERIORO COGNITIVO

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas/Instrumentos
<p>Deterioro cognitivo hace referencia al declive de las funciones cognitivas y cognoscitivas, aprendidas en el transcurso del ciclo vital. La pérdida de este aprendizaje parcial o global conlleva al adulto mayor a presentar alteraciones en áreas como memoria, orientación, fijación, pensamiento, lenguaje mismas que no siempre resultan notables, depende</p>	<p>Sospecha de Patología</p> <p>Deterioro</p>	<p>Orientación: No recuerda sucesos en tiempo presente.</p> <p>Fijación: Evocar eficazmente una sucesión de palabras o números mencionados</p> <p>Concentración y cálculo: Resolución de operaciones propuestas con agilidad</p> <p>Menciona varios actos y conductas sin centrarse en una</p>	<p>¿Dígame qué día es hoy, fecha, año, mes..?</p> <p>Repita estas 3 palabras, presenta-caballo-manzana.</p> <p>Si tiene 30pts y me va dando de 3 en 3 ¿cuántas le van quedando?</p>	<p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicometría • Psicodiagnóstico <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test de minimal

<p>del estilo de vida que haya llevado en el transcurso. Este tipo de alteración cognitiva conlleva al apareamiento de una posible patología, una patología, un deterioro o demencia.</p>	<p>Demencia</p>	<p>Memoria: No recuerda sucesos pasados/presentes o los mezcla</p> <p>Lenguaje y Construcción: Coherencia y asimilación al estructurar una frase, oración u actos.</p>	<p>¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?.</p> <p>Mostrar un objeto y preguntar ¿Qué es esto?, ¿Qué son un perro y un gato?, Pedir que escriba una frase, Pedir que copie el dibujo.</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

3.5.2.- MATRIZ DE OPERACIÓN DE VARIABLE DEPENDIENTE

NIVELES DE DEPRESIÓN

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básico	Técnicas/Instrumentos
Es un estado que se caracteriza por una baja de estima, las personas mantienen ideas recurrentes y fijación de ideas de su mundo interior, bajos de energía, aplanamiento emocional, no les atrae su medio social por lo cual dificulta su interacción en el mismo, cada vez van perdiendo interés personal, disminución de las funciones psíquicas, mismas que su profundidad dependerá del nivel de afectación sienta este depresión leve o establecida.	Depresión Leve	Escasez de relaciones sociales e interpersonales y conductas cotidianas.	1, 4, 6, 9,10.	Técnicas: <ul style="list-style-type: none"> • Psicometría • Psicodiagnóstico
	Depresión Establecida	El adulto mayor se aísla, baja de peso debido a la alimentación inadecuada, mantiene ideas recurrentes de muerte.	2, 3, 8, 12, 14, 15.	Instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta de Yesavage

3.6.- RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La presente problemática se realizará con el fin de cumplir a cabalidad los objetivos planteados al inicio de la investigación, trabajando de una manera práctica con las personas que se encuentran en el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.

Para la recolección de información de la variable dependiente se trabajará mediante la aplicación de un test que valore el deterioro cognitivo (mini mental) que determine los niveles de afectación, mientras tanto para la variable independiente se trabajara con encuesta de depresión Yesawage, la misma que está determinada para adultos mayores con preguntas básicas y consistentes para mejores resultados.

3.7._ PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

En el procesamiento de la información recogida se utilizará un cuaderno de notas en donde se describirá todo lo observado en la investigación; un registro específico para anotar aspectos puntuales de la misma y anecdotarios en donde se narrarán hechos inesperados.

Para analizar la información obtenida por medio de los instrumentos de investigación se seguirá el siguiente procedimiento:

- Revisión crítica de la información recogida
- Repetir la recolección de información si es necesario, para corregir fallas de contestación.
- Análisis de los datos mediante gráficos estadísticos.
- Análisis de los resultados estadísticos, destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos e hipótesis.
- Analizar la hipótesis en relación con los resultados obtenidos para verificarla o rechazarla.
- Elaborar una síntesis de los resultados.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1.1._ VARIABLE INDEPENDIENTE:

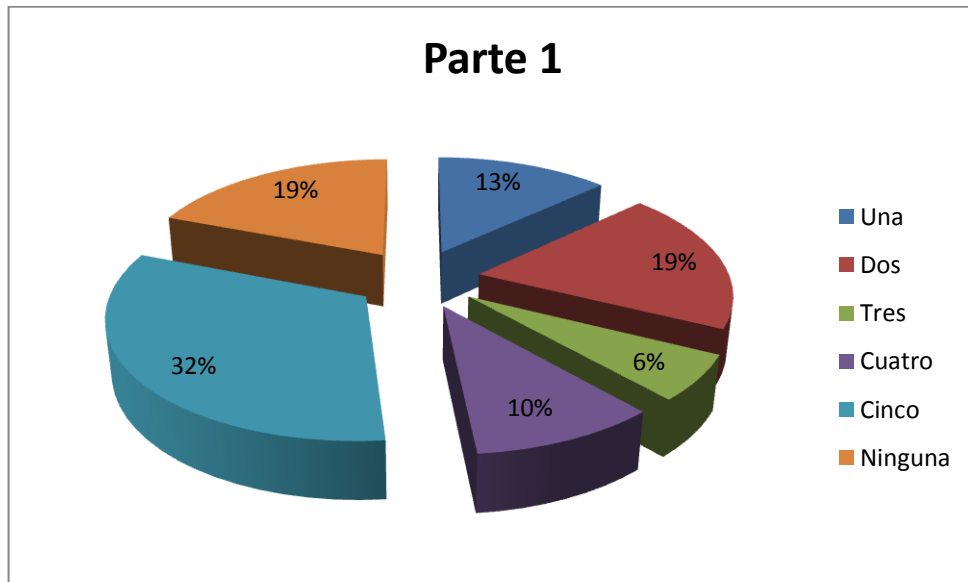
TEST MINI EXÁMEN DEL ESTADO MENTAL (MMSE)

ORIENTACIÓN

Parte 1

“Dígame el día..... Fecha... Mes..... Estación... Año ...” (5 puntos, 1 c/u)

N° Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Una	8	13%
Dos	12	19%
Tres	4	7%
Cuatro	6	10%
Cinco	20	32%
Ninguna	12	19%
TOTAL	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

Fuente: TEST MINI EXÁMEN DEL ESTADO MENTAL

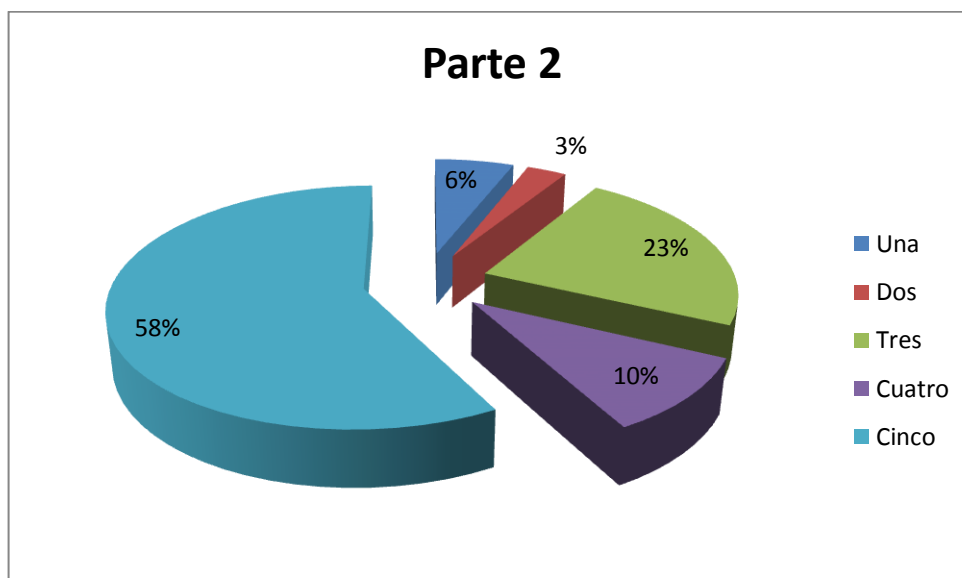
Interpretación: Se observa los siguientes resultados, 1 respuesta que corresponde al 13%, con 2 el 19%, con 3 respuestas el 6%, 4 respuestas el 10%, mientras que con 5 respuestas el 32% siendo el porcentaje más alto, respuestas nulas el 19%.

Análisis: Con los resultados obtenidos, y la interpretación del test, podemos decir que en cuanto a orientación en tiempo la mayoría de adultos mayores saben el año que nos encontramos, aunque confundan fechas o días dicho así por el encierro y la falta de atención. Son pocas las personas de la tercera edad que recuerdan adecuadamente la fecha puesto que se les menciona todos los días.

Parte 2

“Dígame el Hospital (o el lugar)..... Planta..... Ciudad..... Provincia..... Nación...” (5 puntos, 1 c/u).

N° Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Una	4	6%
Dos	2	3%
Tres	14	23%
Cuatro	6	10%
Cinco	36	58%
TOTAL	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

Fuente: TEST MINI EXÁMEN DEL ESTADO MENTAL

Interpretación: De los resultados arrojados tenemos que el 6% corresponde a 1 respuesta, mientras que 2 respuesta al 3%, el 23% 3 respuesta, 4 respuesta el 10%, y el porcentaje más alto que es del 58% 5 respuesta.

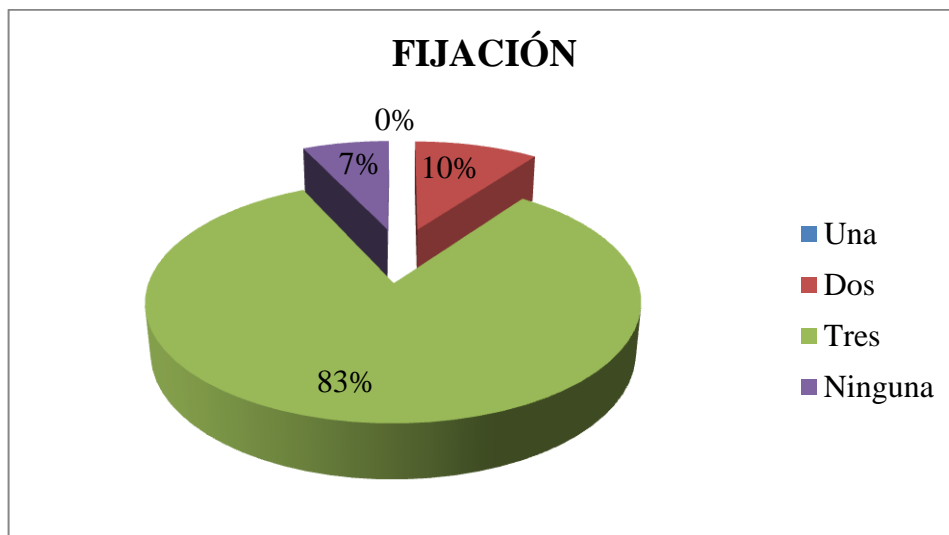
Análisis: en cuanto a la orientación espacial los adultos mayores recuerdan bien el país en el cual vivimos mezclando el lugar o ciudad, puesto que presentan ideas

retrospectivas, confundiendo su lugar de vivienda actual con el de la infancia o pasado en sí.

FIJACIÓN

“Repita estas 3 palabras Presenta-Caballo-Manzana” (3 puntos, 1 c/palabra)

N° Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Una	0	0%
Dos	6	10%
Tres	52	83%
Ninguna	4	7%
TOTAL	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar
Fuente: TEST MINI EXÁMEN DEL ESTADO MENTAL

Interpretación: Se obtuvo los siguientes resultados en cuanto al registro de palabras, con 1 respuesta el 0%, 2 respuestas 10%, y 3 respuestas un porcentaje notorio de 83%, nulo el 7%.

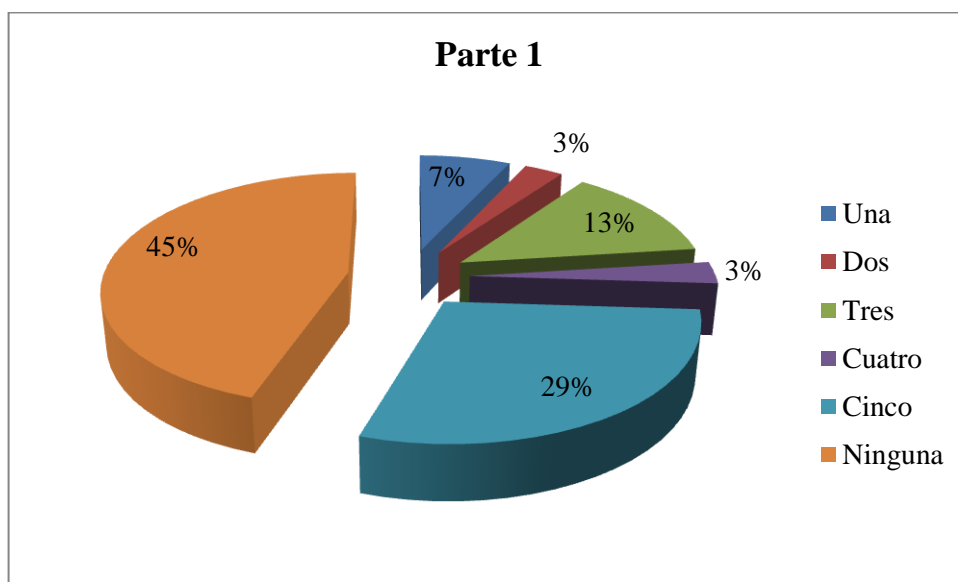
Análisis: Tomando en cuenta que ésta subprueba se complementa con la de la memoria, según los resultados obtenidos se observa un nivel alto en la capacidad de escuchar con atención y poder repetir las palabras adecuadamente con la finalidad de que las memoricen.

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

Parte 1

“Si tiene 30ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando?” (5 puntos, 1 c/número)

N° Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Una	4	7%
Dos	2	3%
Tres	8	13%
Cuatro	2	3%
Cinco	18	29%
Ninguna	28	45%
TOTAL	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

Fuente: TEST MINI EXÁMEN DEL ESTADO MENTAL

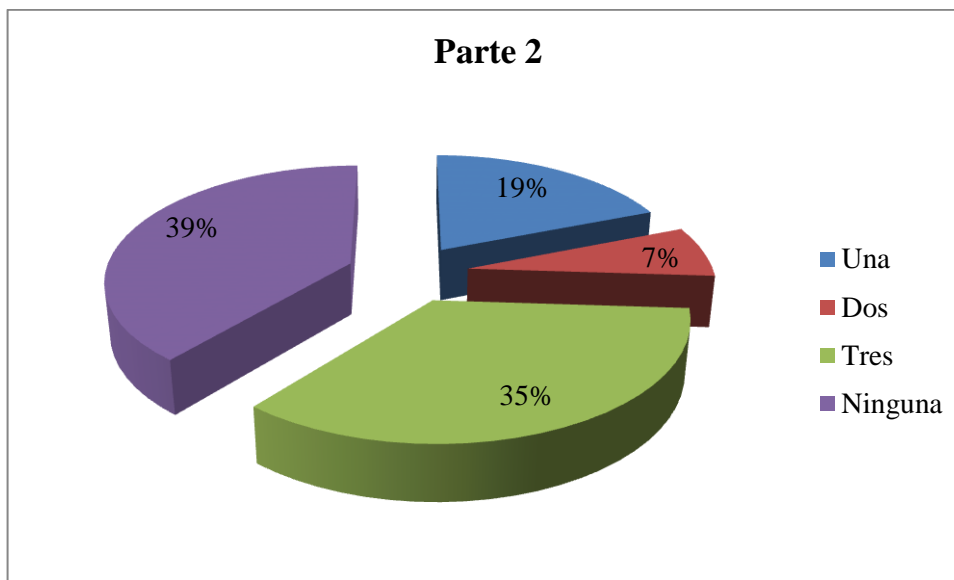
Interpretación: del porcentaje evaluado se obtienen los siguientes resultados 1 respuesta el 7%, 2 respuesta el 3%, 3 respuesta el 13%, 4 respuesta el 3%, mientras que los porcentajes más altos corresponden al 29% 5 respuesta, y el 45% a respuesta nula.

Análisis: En ésta subprueba se ve afectada la concentración puesto que la insignia dada menciona calcular cifras en forma descendente provocando así que las personas de la tercera edad se pongan nerviosas manifestando no acordarse cómo restar, argumentando que están viejas o su falta de escolaridad, por lo cual se ve afectado su desenvolvimiento en la misma.

Parte 2

“Ahora hacia atrás” (3 puntos, 1 c/número)

N° Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Una	12	19%
Dos	4	7%
Tres	22	35%
Ninguna	24	39%
TOTAL	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

Fuente: TEST MINI EXÁMEN DEL ESTADO MENTAL

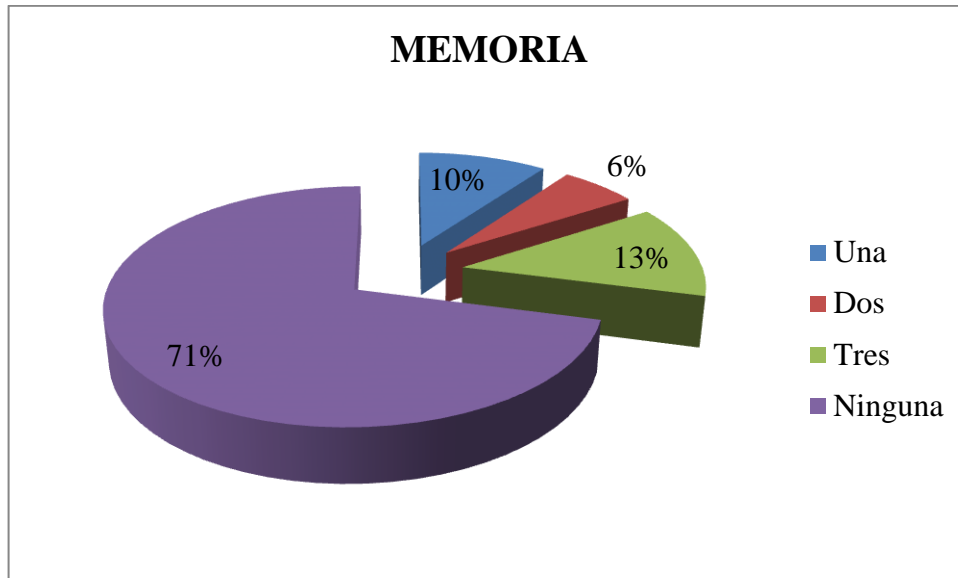
Interpretación: En la interpretación del test de los encuestados se obtuvo como resultado que el 19% corresponde a 1 respuesta, mientras que el 7% a 2 respuestas, 35% a 3 respuestas y el 39% a respuestas nulas.

Análisis: En la segunda parte de la subprueba de concentración y cálculo casi a la mitad de los evaluados les resulta fácil aprenderse los 3 números mencionados, puesto que al pedirles que repitan hacia atrás lo hacen adecuadamente, sin embargo se muestran ansiosos por responder y temerosos por no recordarlos manifestando su edad y situación actual.

MEMORIA

“¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?” (3 puntos, 1 c/palabra)

N° Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Una	6	10%
Dos	4	6%
Tres	8	13%
Ninguna	44	71%
TOTAL	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

Fuente: TEST MINI EXÁMEN DEL ESTADO MENTAL

Interpretación: Los porcentajes obtenidos son 1 respuesta con el 10%, 2 respuesta el 6%, 3 respuesta el 13%, y el 71% obtenido es de respuestas nulas.

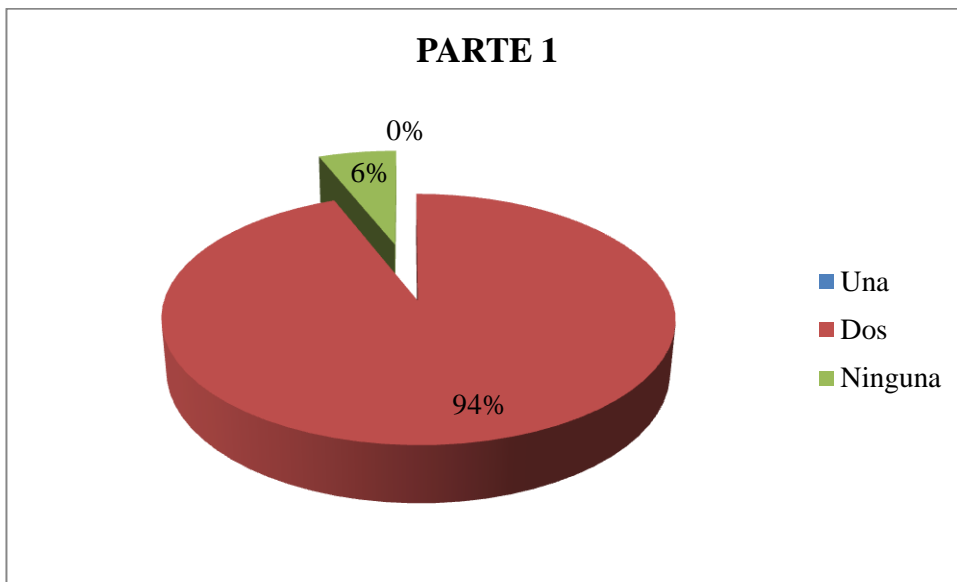
Análisis: Ésta subprueba se complementa con la subprueba de fijación, siendo notoria su memoria a corto plazo, sin embargo al preguntarles si las recordaban y pedirles que las repitan un alto porcentaje no lo logró, intentando adivinar, argumentando su edad, mostrando tristeza por no recordar.

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

Parte 1

Mostrar el bolígrafo “¿Qué es esto?” Repetirlo con el reloj (2puntos, 1c/respuesta)

N° Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Una	0	0%
Dos	58	94%
Ninguna	4	6%
TOTAL	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

Fuente: TEST MINI EXÁMEN DEL ESTADO MENTAL

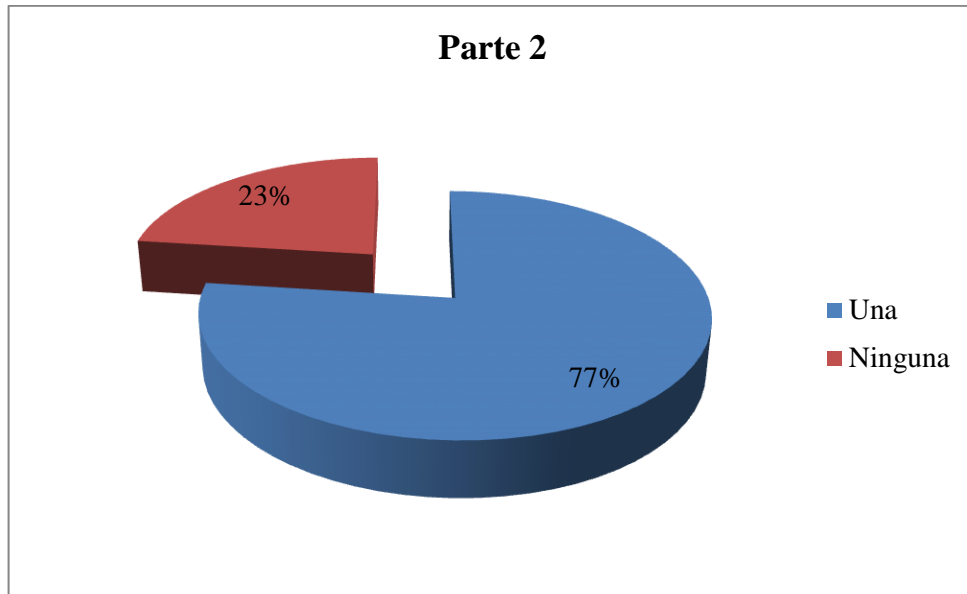
Interpretación: de las encuestas tomadas, los resultados obtenidos son los siguientes; el 0% correspondiente a 1 respuesta, 2 respuesta el 94%, mientras que el 6% para respuestas nulas.

Análisis: En cuanto a la parte 1 de ésta subprueba demuestran los evaluados un alto índice en la construcción de significantes ante los objetos mostrados, por lo cual se resalta la capacidad de identificación de los mismos.

Parte 2

“Repita esta frase”. “En un trigal había cinco perros” (sobre 1 punto).

N° Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Una	48	77%
Ninguna	14	23%
TOTAL	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

Fuente: TEST MINI EXÁMEN DEL ESTADO MENTAL

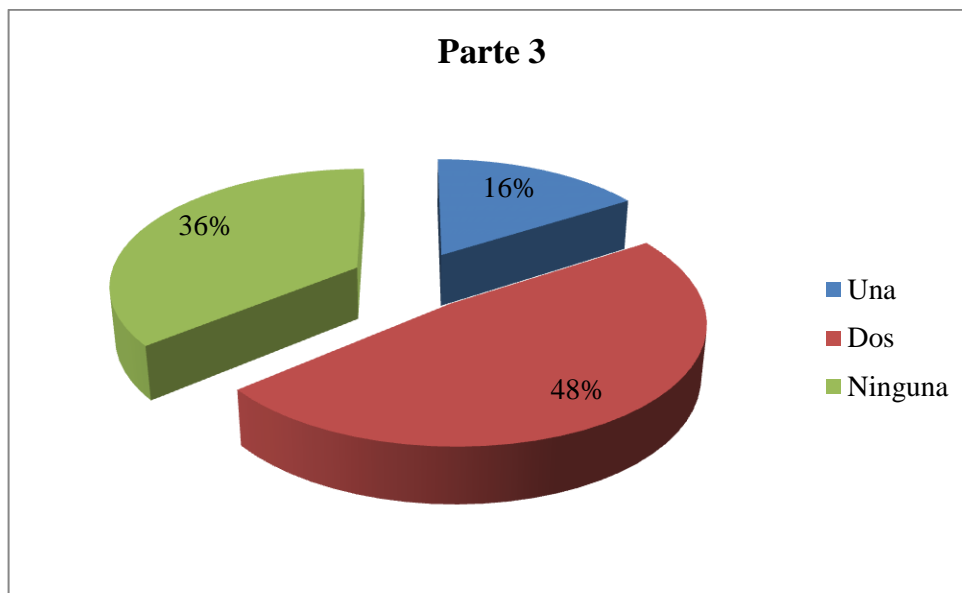
Interpretación: Mediante las encuestas realizadas y los datos obtenidos de las mismas, se realiza la siguiente interpretación, el 77% corresponde a 1 respuesta, mientras que el 23% a respuestas nulas.

Análisis: Mediante la repetición de la frase que fue respondida adecuadamente por más de la mitad de los evaluados se observa su memoria a corto plazo, facilidad de lenguaje y construcción de palabras.

Parte 3

“Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?”..... “¿Qué son un perro y un gato?”..... (2puntos, 1c/respuesta).

N° Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Una	10	16%
Dos	30	48%
Ninguna	22	36%
TOTAL	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

Fuente: TEST MINI EXÁMEN DEL ESTADO MENTAL

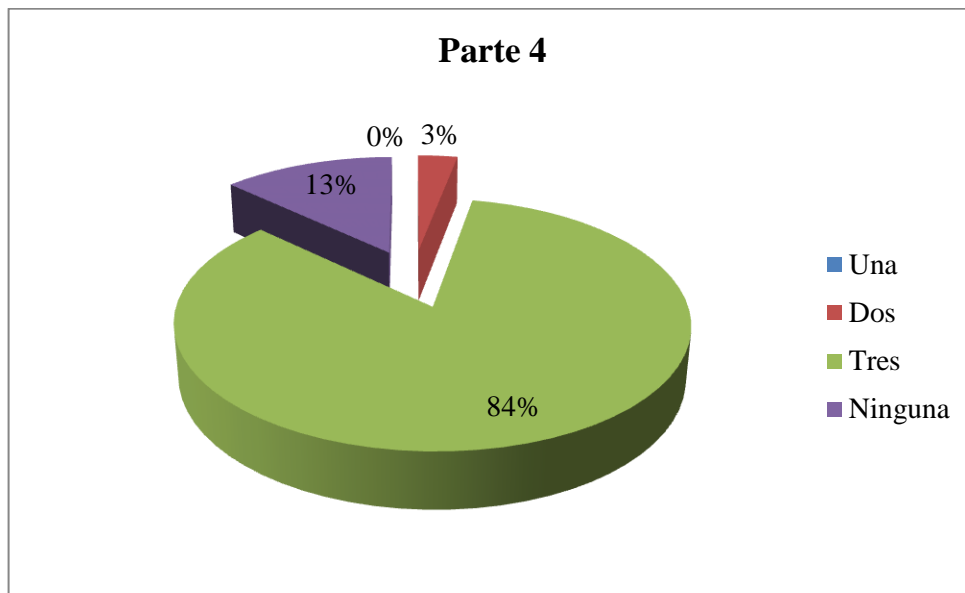
Interpretación: Los resultados obtenidos en esta área mencionan que el 16% corresponde a 1 respuesta, mientras que el 48% corresponde a 2 pregunta, y el 36% a respuestas nulas.

Análisis: En ésta parte de la subprueba lenguaje y construcción se le pide al evaluado asimile qué son 2 objetos con la finalidad de observar la capacidad de otorgar significados a las cosas, en donde fue notoria la confusión entre significantes y significados, haciendo hincapié en su bajo razonamiento, puesto que respondían inmediatamente sin notar sus respuestas o las mezclaban.

Parte 4

**“Coja el papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa”
(3puntos, 1c/orden).**

N° Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Una	0	0%
Dos	2	3%
Tres	52	84%
Ninguna	8	13%
TOTAL	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

Fuente: TEST MINI EXÁMEN DEL ESTADO MENTAL

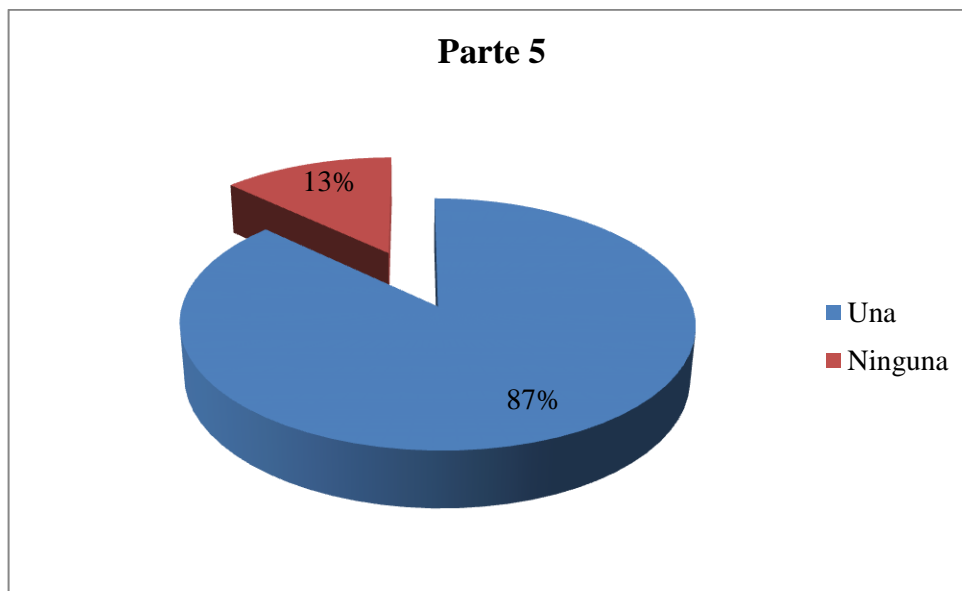
Interpretación: Los resultados arrojados por los encuestados corresponden al 0% 1 respuesta, 3% 2 respuesta, 84% a 3 respuesta mientras que 13% a respuestas nulas.

Análisis: En ésta parte de la subprueba de lenguaje y construcción denota la capacidad de comprensión y ejecución de las personas de la tercera edad al desarrollar adecuadamente la orden dada, mostrándose un poco temerosos por su motricidad lenta, por lo cual fueron incentivados con ánimo para que acaten la orden.

Parte 5

“Lea esto y haga lo que dice” , CIERRE LOS OJOS..... (1punto)

N° Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Una	54	87%
Ninguna	8	13%
TOTAL	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar
 Fuente: TEST MINI EXÁMEN DEL ESTADO MENTAL

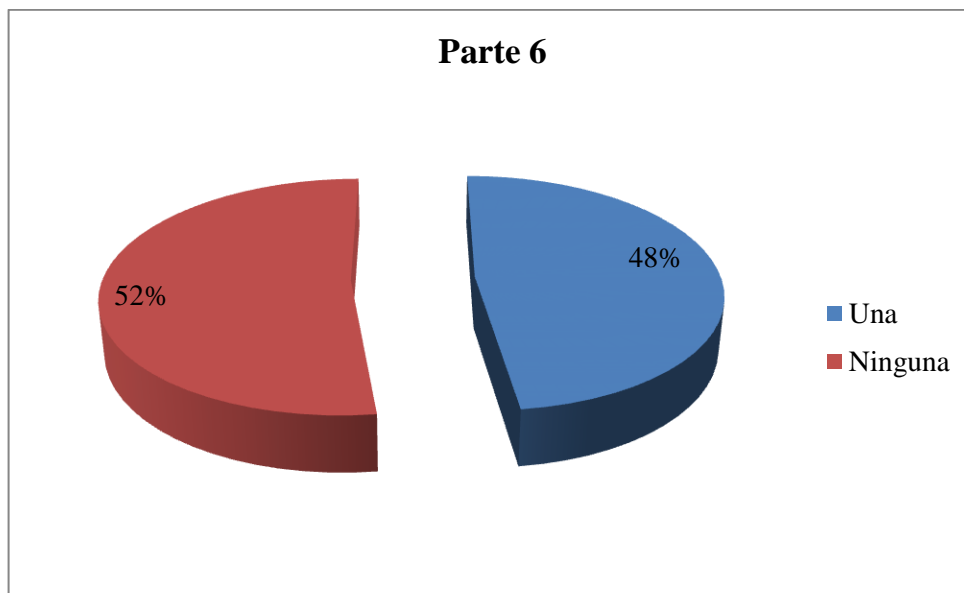
Interpretación: Mediante las encuestas realizadas y la interpretación del test los resultados son, el 87% correspondiente a 1 respuesta mientras que el 13% a respuestas nulas.

Análisis: En ésta parte de la subprueba lenguaje y construcción se les complicó a los evaluados leer la petición, puesto que la mayoría utilizaban lentes o tenían problemas de visión, sin embargo al agrandarles la frase la petición fue ejecutada adecuadamente.

Parte 6

“Escriba una frase”..... (1punto).

N° Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Una	30	48%
Ninguna	32	52%
TOTAL	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

Fuente: TEST MINI EXÁMEN DEL ESTADO MENTAL

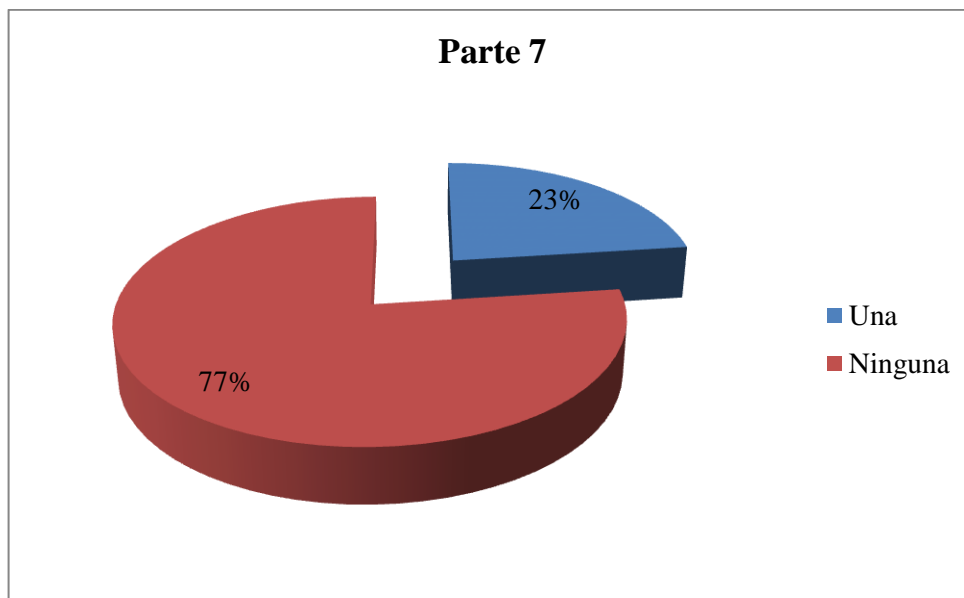
Interpretación: Los resultados obtenidos mediante la interpretación del test de los encuestados son el 48% 1 respuesta, mientras que el 52% hace referencia a respuestas nulas.

Análisis: En esta sección la frase debe constar de sujeto y predicado, puesto que la oración debe tener sentido, en los adultos mayores evaluados se encontraron dificultades para desarrollar esta orden, por lo cual observamos un índice notorio en la baja construcción de oraciones, obteniendo palabras sueltas.

Parte 7

“Copie este dibujo”, debe copiar un dibujo simple “dos pentágonos cruzados, el cruce tiene 4 lados” (1 punto).

N° Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Una	14	23%
Ninguna	48	77%
TOTAL	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

Fuente: TEST MINI EXÁMEN DEL ESTADO MENTAL

Interpretación: Los resultados obtenidos en esta área corresponden al 77% a respuestas nulas, y el 23% a 1 respuesta.

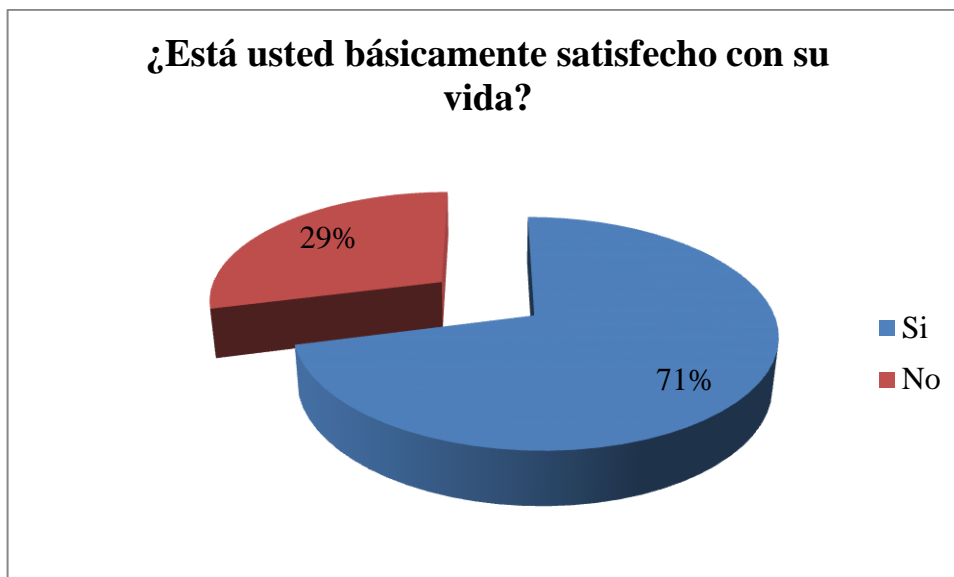
Análisis: En ésta subprueba la colaboración fue escasa argumentada por su falta de destreza al dibujar o su dolor de articulaciones para coger el lápiz, mientras que las personas que lo intentaron pocos lo lograron y a otros le resultó difícil puesto que se les resbalaba el lápiz o les ardían los ojos.

4.1.2._ VARIABLE DEPENDIENTE:

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA- TEST DE YESAVAGE

1._ ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	44	71%
No	18	29%
Total	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

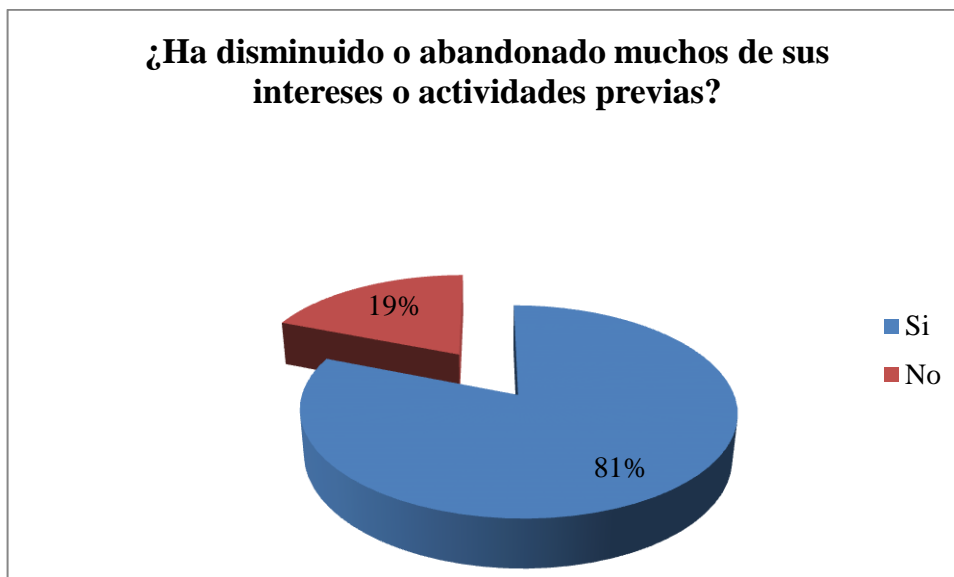
Fuente: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

Análisis: Mediante la interpretación y análisis de la escala de depresión los resultados obtenidos hacen referencia al 71% que respondieron sentirse satisfechos, mientras que el 29% respondió negativamente.

Interpretación: Puesto que esta pregunta va dirigida a la satisfacción de las personas, podemos ver que los resultados obtenidos son altos, los adultos mayores argumentaron que ésta satisfacción es debido a lo que fueron y su desenvolvimiento en etapas pasadas, cómo son su familia especialmente.

2._ ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	50	81%
No	12	19%
Total	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

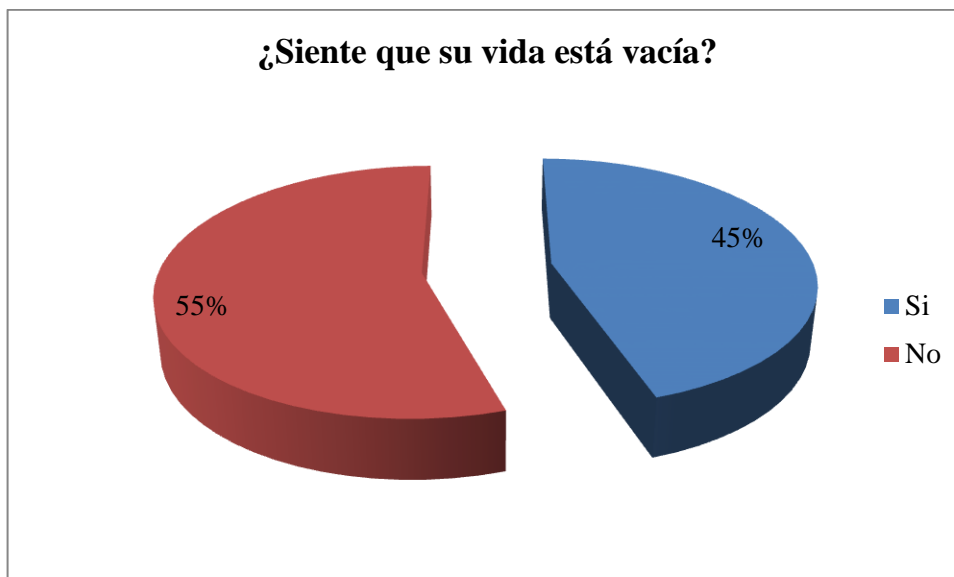
Fuente: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

Análisis: Los resultados arrojaron que el 81% menciona que ha abandonado sus intereses o actividades previas mientras que el 19% respondió que no lo ha hecho.

Interpretación: es un porcentaje alto de adultos mayores que mencionaron haber perdido su interés o actividades previas manifestando que al encontrarse encerrados ya no tienen que hacer, preguntándose ¿para qué?, mientras que el porcentaje menos hace referencia a personas recién llegadas que buscan ayudar en los quehaceres del hogar.

3._ ¿Siente que su vida está vacía?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	28	45%
No	34	55%
Total	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

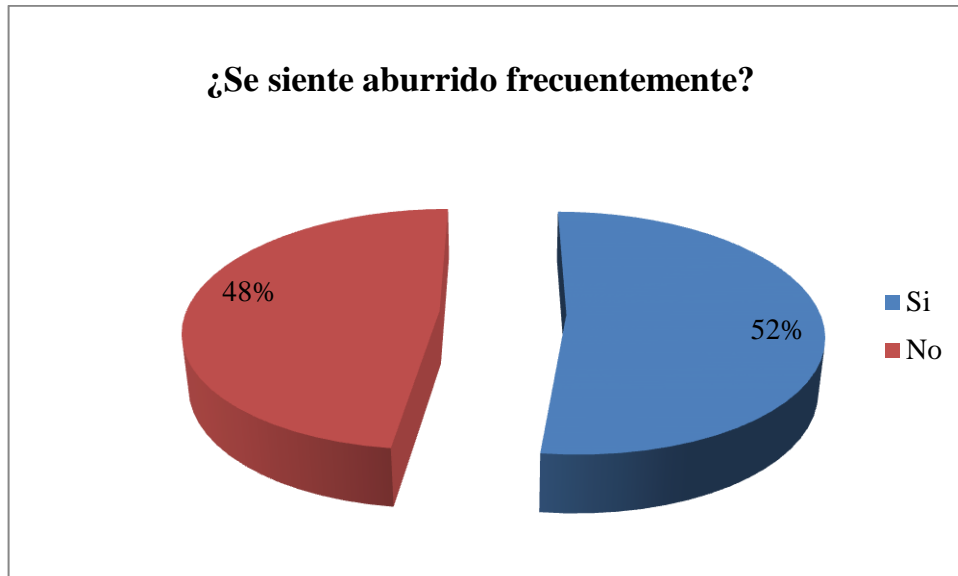
Fuente: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

Análisis: De las encuestas realizadas los adultos mayores respondieron que el 45% siente que su vida está vacía, mientras que el 55% menciona lo contrario.

Interpretación: en esta pregunta se evidencia un porcentaje notorio que manifiesta un vacío, los adultos mayores evaluados mencionaron que es así porque después de haber hecho tanto para otras personas se encuentren abandonados y encerrados, argumentando que se sienten inútiles.

4._ ¿Se siente aburrido frecuentemente?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	52%
No	30	48%
Total	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

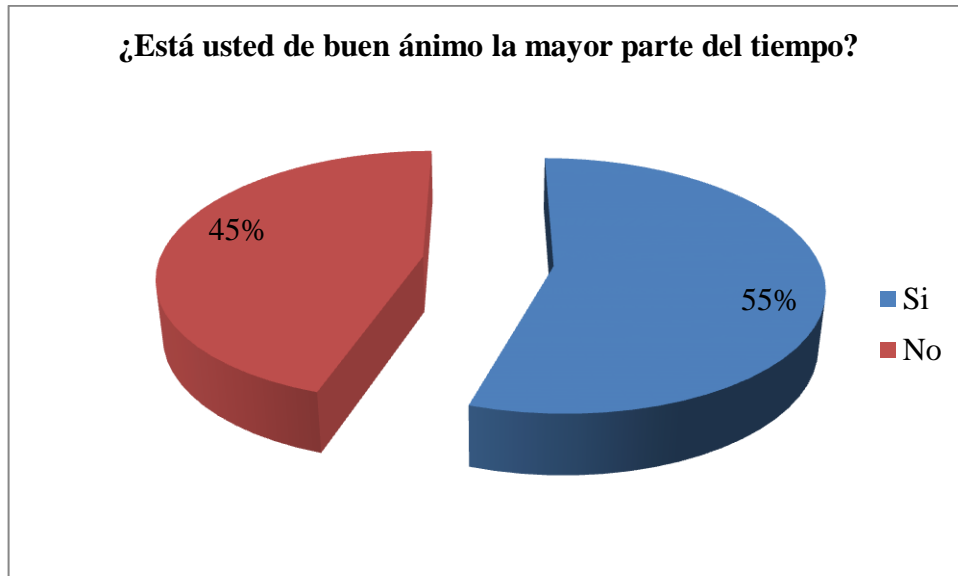
Fuente: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

Análisis: Los resultados obtenidos mediante el análisis de la escala aplicada, menciona que el 52% se siente aburrido frecuentemente, mientras que el 48% manifiesta no sentirse aburrido, al menos no con frecuencia.

Interpretación: las respuestas de ésta pregunta se basan en actividades que realizan las personas adultas mayores que viven en el hogar, manifestando que la falta de actividades es lo que les aburre, sin embargo un porcentaje notorio mencionó que al rezar o ir a la capilla les ayuda mucho, porque ya se entretienen en algo.

5._ ¿Está usted de buen ánimo la mayor parte del tiempo?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	34	55%
No	28	45%
Total	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

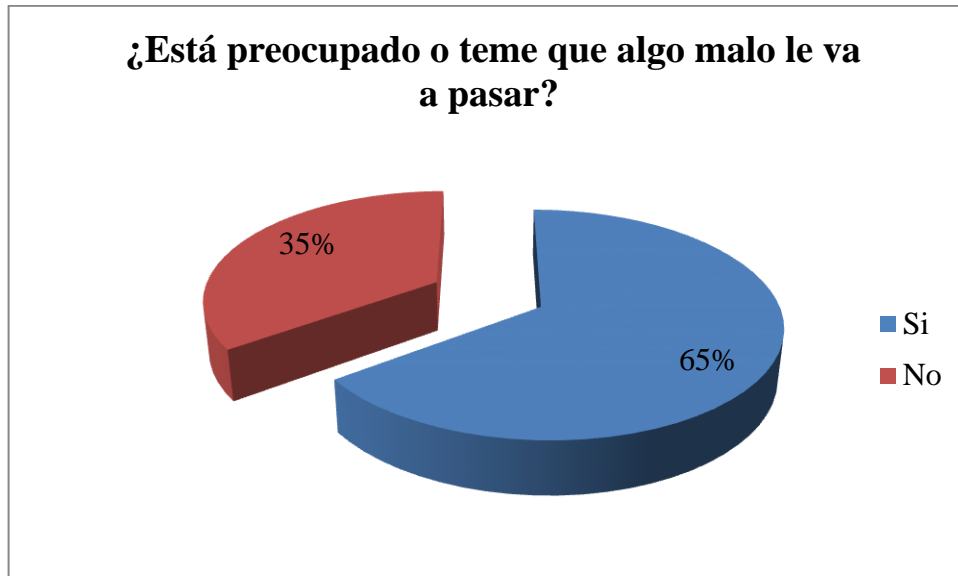
Fuente: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

Análisis: Los resultados obtenidos de las personas encuestadas mencionan que el 55% pasan de buen ánimo la mayor parte del tiempo, mientras que el 45% manifiesta lo contrario.

Interpretación: Muchos de los adultos mayores basaron sus respuestas en el hecho de estar vivos, sin embargo muchos otros mencionaron agradecimiento al estar vivos acompañando haciendo hincapié a ideas de abandono de sus familiares, preocupación por sus bienes materiales y personas allegadas, y sentimientos de incertidumbre hacia el futuro cercano.

6._ ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	65%
No	22	35%
Total	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

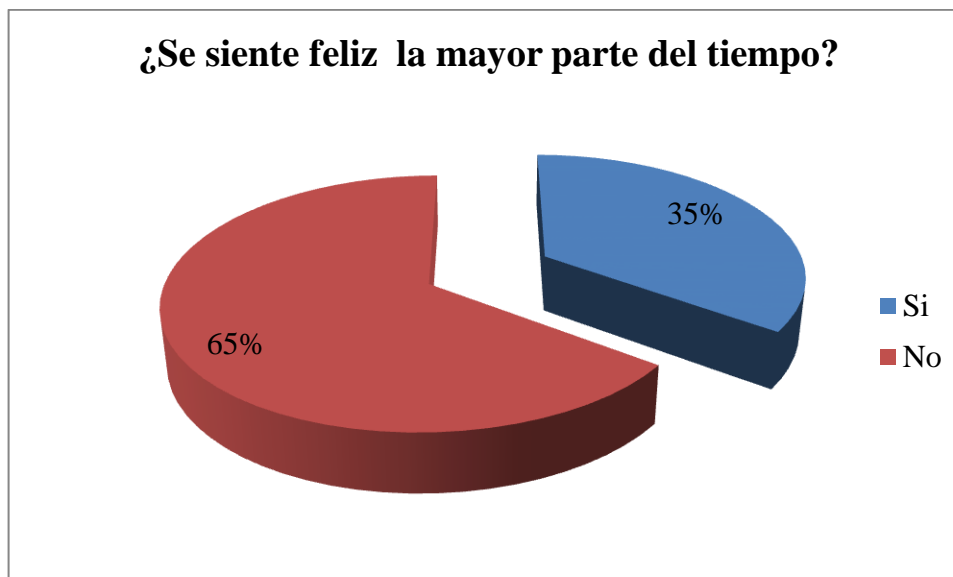
Fuente: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

Análisis: Dentro de las personas encuestadas y la interpretación de resultados se obtuvo como resultado que 65% menciona estar preocupado o temer que algo malo le va a pasar, acompañado de un 35% que no menciona lo mismo.

Interpretación: La mayoría de personas de la tercera edad presentan preocupación por su situación actual, ya que mencionan sentirse desamparados argumentando el miedo a perder sus habilidades y capacidades desarrolladas o aprendidas anteriormente. Tomando en cuenta que en el Hogar de Ancianos se muere una persona adulta mayor por semana aproximadamente.

7._ ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	35%
No	40	65%
Total	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

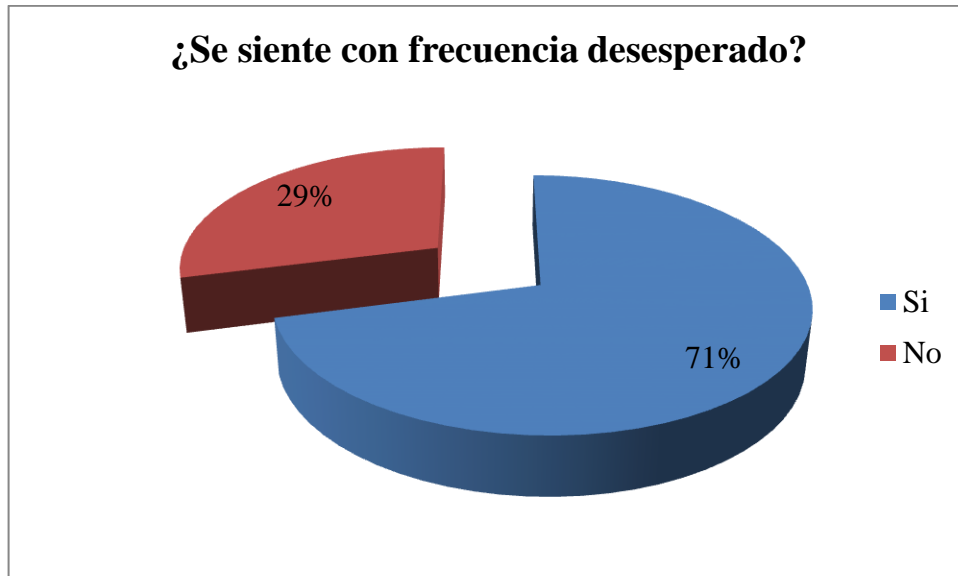
Fuente: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

Análisis: Los resultados arrojados en la encuesta realizada mencionan que el 35% de las personas de la tercera edad se sienten felices la mayor parte del tiempo, en cuanto que el 65% menciona lo contrario.

Interpretación: A esta pregunta se le añadió otra pregunta, que consistió en pedir que explicaran lo que es felicidad para las personas evaluadas a lo cual en su mayoría respondió que era sentirse vivo, rodeados de sus familiares, y haber creado y formado una familia, sin embargo el porcentaje alto en esta evaluación se dio por la el miedo a sentirse inútiles, abandonados y por el hecho de estar encerrados.

8._ ¿Se siente con frecuencia desesperado?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	44	71%
No	18	29%
Total	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

Fuente: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

Análisis: Los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a las personas de la tercera edad, arrojan como resultados que el 71% se siente con frecuencia desamparado, mientras que el 29% menciona lo contrario.

Interpretación: La mayoría de los evaluados manifiestan sentirse con frecuencia desamparados, manifestando que a su edad se pueden caer o enfermar gravemente y morir. Sin embargo sus respuestas fueron argumentadas por la necesidad de estar con sus familias y lo protegidas que se sienten cuando las visitan o las sacan a pasear, por lo mismo que al regresar al hogar de ancianos se sienten más tristes por despedirse.

9._ ¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	44	71%
No	18	29%
Total	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

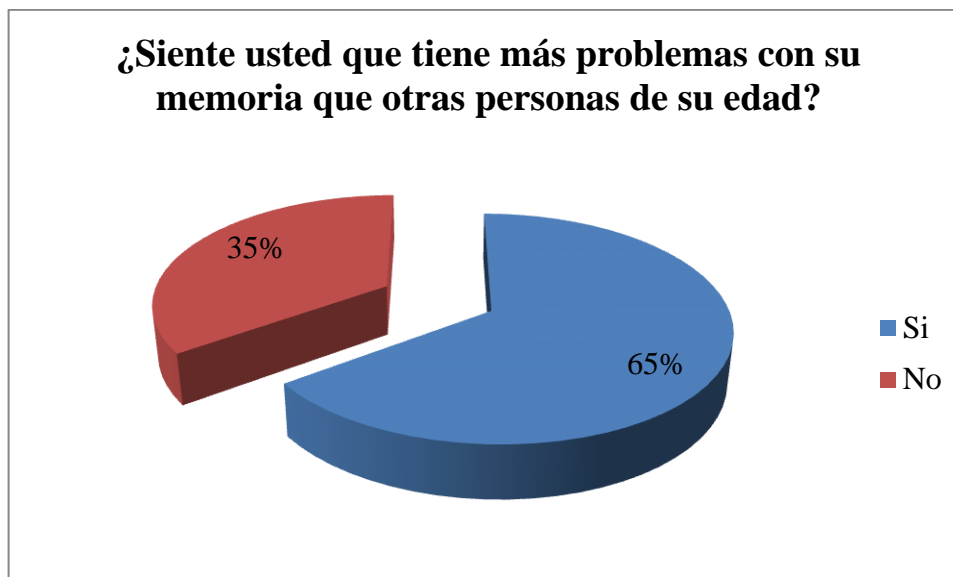
Fuente: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

Análisis: el 71% de las personas encuestadas mencionó que prefiere quedarse en la casa a salir hacer cosas nuevas, mientras que el 29% manifestó que prefiere salir de la casa.

Interpretación: La pregunta no fue establecida a la situación actual de las personas sin embargo es llamativo el alto porcentaje de personas evaluadas al mencionar que prefieren quedarse en la casa, argumentando que, a su edad ya para que van a salir, que prefieren estar en el hogar en donde les cuidan, y corren menos riesgo que si salieran.

10._ ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	65%
No	22	35%
Total	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

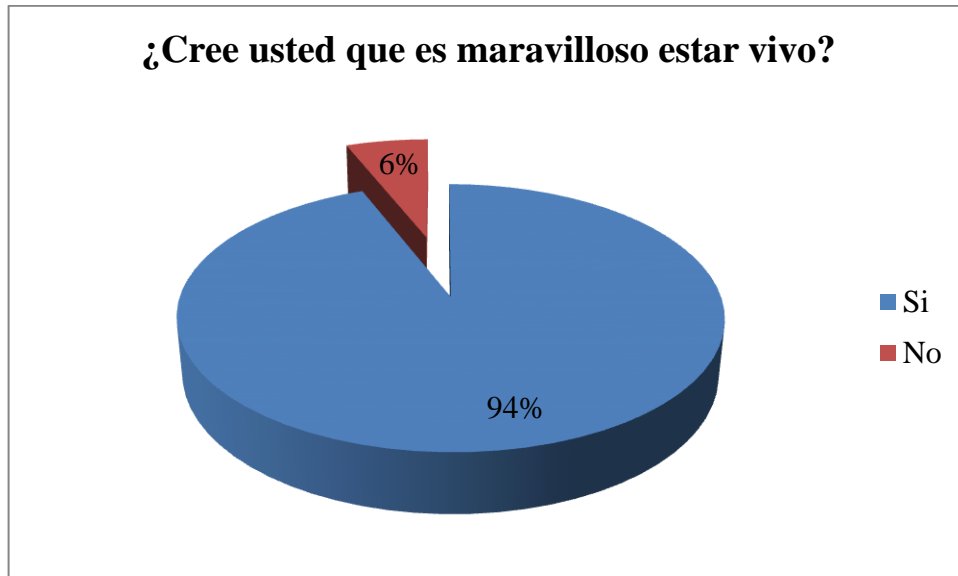
Fuente: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

Análisis: Dentro de las encuestas realizadas y la interpretación de la escala aplicada mencionan un 65% sentir que tienen más problemas de memoria que otras personas de su edad y un 35% mencionan lo contrario.

Interpretación: la mayoría de las personas evaluadas manifestaron estar mucho mejor que otras personas de su mismo hogar, sin embargo manifestaron que para su edad está muy deteriorada su memoria, argumentando que debe ser porque ya no hacen muchas cosas a las que acostumbraban por estar encerradas en el hogar.

11._ ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	58	94%
No	4	6%
Total	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

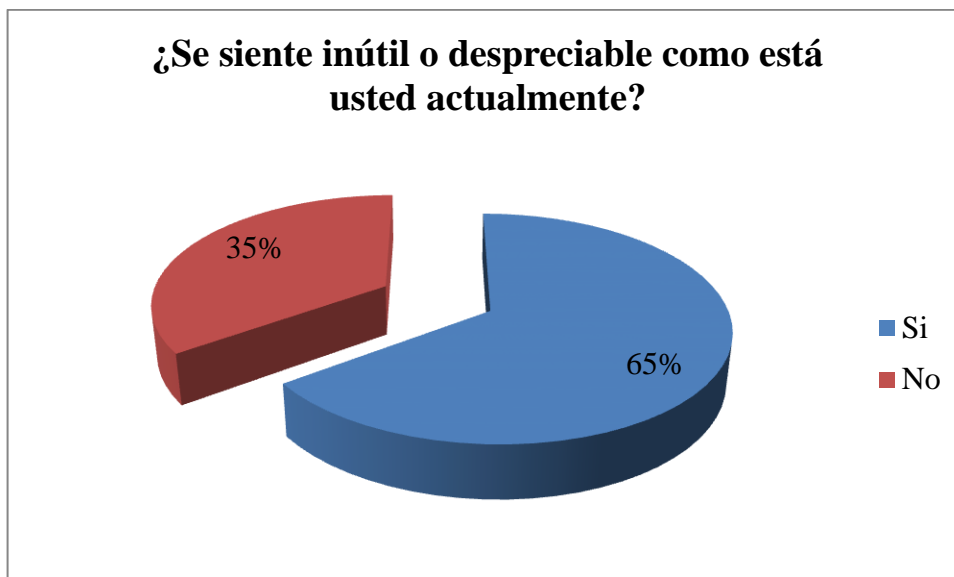
Fuente: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

Análisis: De las encuestas tomadas en su interpretación se obtuvo un 94% que manifiesta sentirse maravilloso de estar vivo, mientras que tan solo un 6% menciona lo contrario.

Interpretación: Ésta pregunta hizo sentir alegre a muchas personas evaluadas puesto que manifestaron que de no ser así se habrían perdido los frutos de lo que habían construido, llenándolos de nostalgia y contando historias de lo que solían ser o hacer, antes de llegar al hogar.

12._ ¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	65%
No	22	35%
Total	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

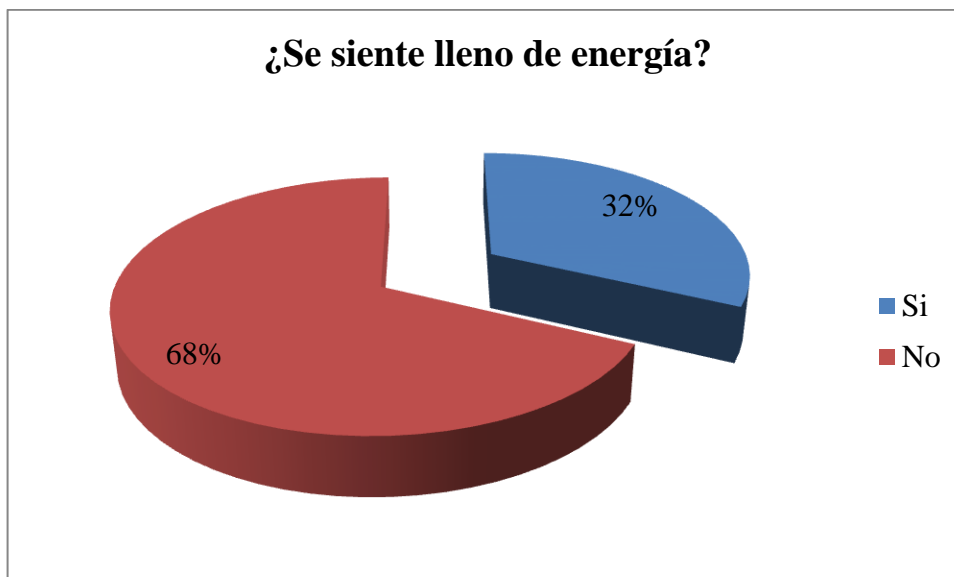
Fuente: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

Análisis: El 65% de los encuestados menciona sentirse inútil o despreciable como está actualmente, mientras que el 35% no menciona lo mismo.

Interpretación: Los adultos mayores en su mayoría miraron sus manos, piernas y tocaron su rostro para responder a esta pregunta, mencionando que con la edad todo se acaba y que ahora así quisieran hacer cosas ya no se avanza, mientras que otra parte de los evaluados manifestaron que no, puesto que al estar encerrados se sienten limitados, pero si ellos podrían se desenvolverían en algunas áreas.

13._ ¿Se siente lleno de energía?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	32%
No	42	68%
Total	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

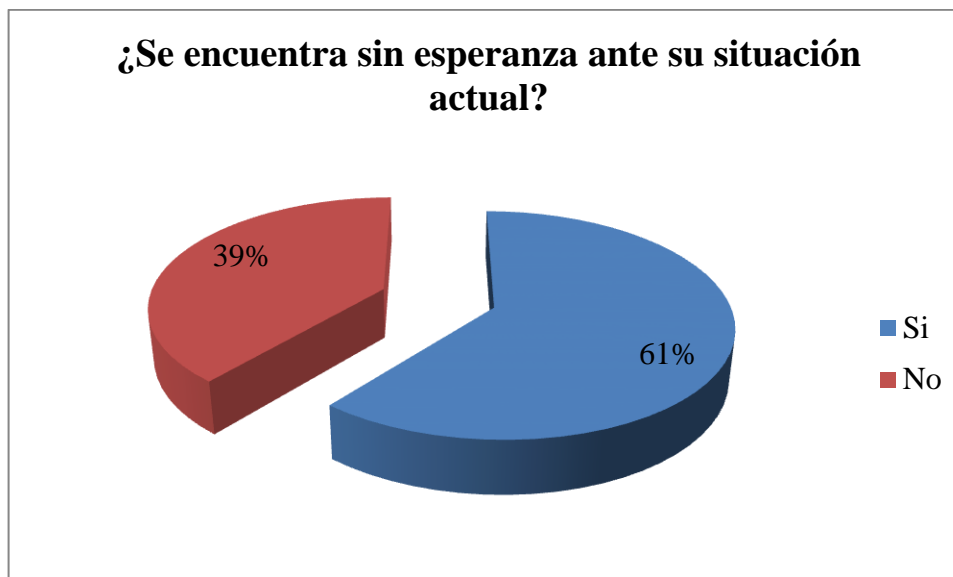
Fuente: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

Análisis: De las personas encuestadas el 32% respondió que si se siente lleno de energía, mientras que el 68% manifestó no sentirse lleno de energía.

Interpretación: Un porcentaje alto de personas de la tercera edad mencionaron ya no tener energía como la tenían antes puesto argumentando que ya estaban viejos, y tanto su cuerpo como su mente ya no funcionaban como antes.

14._ ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	61%
No	24	39%
Total	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

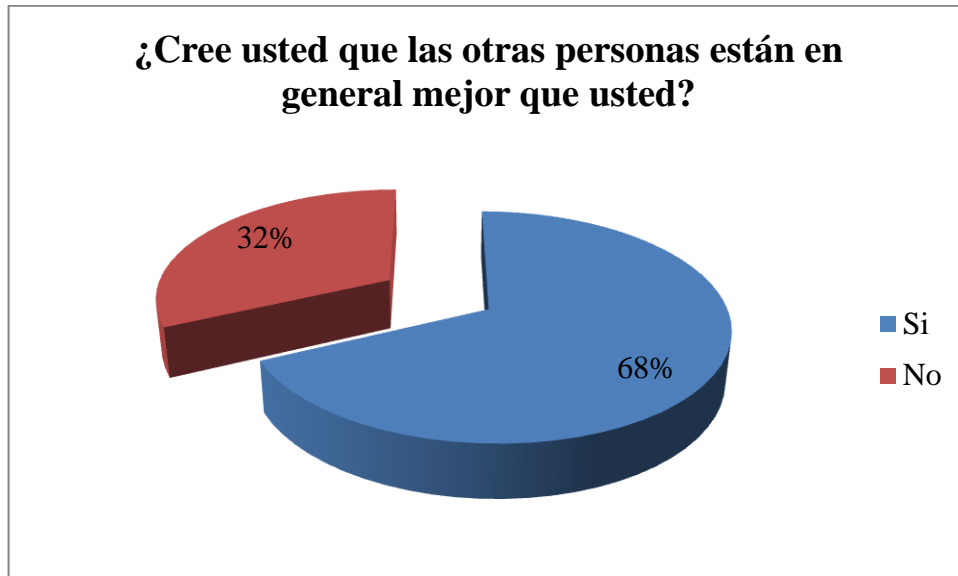
Fuente: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

Análisis: Los resultados arrojados para esta pregunta son del 61% menciona encontrarse sin esperanza ante la situación actual, en tanto que el 39% menciona tener esperanza ante su situación actual.

Interpretación: el alto porcentaje que respondió que si mostró nostalgia, manifestando que ya solo están en el hogar esperando la muerte, argumentando estar viejos, y que por esa situación estaba encerrados en el hogar, el porcentaje que respondió que no argumentó que Dios sabe lo que hace y lo dejan a él su futuro.

15._ ¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?

	Frecuencia	Porcentaje
Si	42	68%
No	20	32%
Total	62	100%



Autora: Lizbeth Paucar

Fuente: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

Análisis: A esta respuesta le acompaña el 68% que respondieron que otras personas están en general mejor que las personas encuestadas, y 32% respondió lo contrario.

Interpretación: El porcentaje más alto mencionó que sí, comparándose con personas de menor edad mencionando que al ser jóvenes tienen vitalidad y pueden hacer cosas que ellos ya no pueden, el porcentaje que menciona lo contrario dice estar mejor puesto que su condición física y mental se encuentran conservada, muchas de estas personas son recién llegadas al hogar.

4.1.3._ INTERPRETACIÓN DE RELACIÓN DE VARIABLES

4.1.3.1._ VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Hipótesis

El Deterioro Cognitivo se correlaciona en el apareamiento de Niveles de Depresión en Adultos Mayores que acuden al Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.

Verificación

La hipótesis será verificada a través de la fórmula del CHI CUADRADO

En donde:

X^2 = Chi Cuadrado

O= Frecuencias Observadas

E= Frecuencias Esperadas

$$X^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$$

Se toma en cuenta los resultados totales de las baterías psicológicas aplicadas, test mini mental para la variable dependiente (deterioro cognitivo) en este caso la referente a la memoria, y se hace una correlación con el test de Yesawage para la variable dependiente (niveles de depresión).

4.1.3.2_ FRECUENCIAS OBTENIDAS

Deterioro Cognitivo/Depresión	Normal (+27)	Sospecha de Patología (entre 24-26)	Deterioro (entre 12-24)	Demencia (de 12 a-)	TOTAL
Depresión establecida	6	0	10	0	16
Depresión leve	2	4	18	6	30
Normal	4	4	8	0	16
TOTAL	12	8	36	6	62

Autora: Lizbeth Paucar

4.1.3.3._ FRECUENCIA ESPERADA

Deterioro Cognitivo/Depresión	Normal (+27)	Sospecha de Patología (entre 24-26)	Deterioro (entre 12-24)	Demencia (de 12 a-)
Depresión establecida	3,097	2,065	9,290	1,548
Depresión leve	5,806	3,871	17,419	2,903
Normal	3,097	2,065	9,290	1,548

Autora: Lizbeth Paucar

Zona de Aceptación o Rechazo

Grado de libertad (Gl) = (Filas – 1) (Columnas – 1)

Gl= (F-1) (C-1)

Gl= (4-1) (3-1)

Gl= (3) (2)

Gl= 6

Nivel de significación = 0.05%

El valor tabulado de (X^2T) con 6 grados de libertad y su nivel de significación del 0.05% es igual a 12,59

4.1.3.4._ PROCESO DE CÁLCULO DEL CHI CUADRADO

O	E	O-E	(O-E) ²	(O-E) ² /E
6	3,097	2,903	8,427	2,721
0	2,065	-2,065	4,262	2,065
10	9,290	0,710	0,504	0,054
0	1,548	-1,548	2,398	1,548
2	5,806	-3,806	14,489	2,495
4	3,871	0,129	0,017	0,004
18	17,419	0,581	0,337	0,019
6	2,903	3,097	9,590	3,303
4	3,097	0,903	0,816	0,263
4	2,065	1,935	3,746	1,815
8	9,290	-1,290	1,665	0,179
0	1,548	-1,548	2,398	1,548
			X²C=	16,016

Autora: Lizbeth Paucar

Resultado

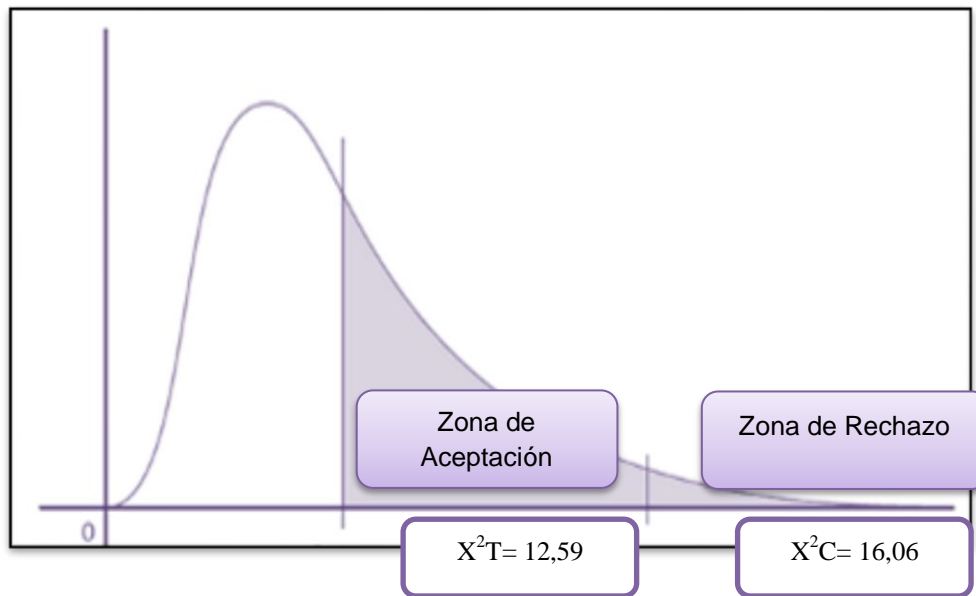
Chi Calculado	16,016
Chi Tabla	12,59
Existe relación entre las variables	

4.2.3.5._ REGLA DE DECISIÓN

$X^2C = 16,016 > X^2T = 12,59$, lo que significa que la hipótesis alterna (H1) se acepta y se rechaza la hipótesis nula por lo tanto las variables tienen relación.

Con los resultados obtenidos podemos entender que la hipótesis se comprueba, es decir, existe relación entre la variable independiente y la dependiente, por lo tanto el deterioro cognitivo tiene correlación en el apareamiento de los niveles de depresión en los adultos mayores que acuden al Hogar de Ancianos Sagrado Corazón De Jesús-Ambato.

4.1.3.6._CURVA DE DISTRIBUCIÓN DEL CHI CUADRADO X^2 DE LOS VALORES CALCULADOS



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.1._ CONCLUSIONES:

- Mediante la interpretación de resultados arrojados del Test Mini Mental de Folstein, se evidencia un alto porcentaje en deterioro cognitivo, puesto que las personas evaluadas denotan una confusión en cuanto a orientación temporo-espacial confundiendo su lugar de vivienda o fecha actual con el de la infancia en especial, presentan baja concentración, torpeza motriz, acompañada de sintomatología ansiosa en la construcción de palabras o cálculos matemáticos.

- Según los resultados obtenidos de la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage las personas de la tercera edad presentan un cuadro de depresión establecida, se lo identifica por la evidencia de signos y síntomas que prevalecen en su comportamiento como son; pensamientos de muerte, sentimientos de inferioridad, apatía, desesperanza, desinterés, llevándolos a una posible “patología”, afectando su desenvolvimiento en el centro.

- Mediante el análisis realizado en esta investigación arrojan que la hipótesis se comprueba, es decir, existe una correlación entre el deterioro cognitivo

y los niveles de depresión en los adultos mayores, siendo el Hogar de Ancianos del Sagrado Corazón de Jesús-Ambato el mantenedor del cuadro mencionado, resultado de la falta de actividades ocupacionales, el hecho de encontrarse encerrados alejados de sus familias.

5.1.2._ RECOMENDACIONES:

- Con respecto a los resultados obtenidos que existe un índice considerable de deterioro cognitivo, por lo que es necesario realizar actividades lúdicas enfocadas en la conservación de habilidades intelectuales y motrices.
- Es imprescindible reducir los síntomas depresivos, para lo que se debe fomentar las relaciones sociales, mediante actividades en las cuáles compartan vivencias, acompañadas de un proceso terapéutico dirigido a la búsqueda de satisfacción personal basada en la logoterapia.
- Se requiere que las personas encargadas del cuidado del adulto mayor y familiares de los mismos dispongan de recursos científicos y psicológicos para poder guiar en su desenvolvimiento para lo cual se les brindará un programa de intervención terapéutica haciendo hincapié en la psicoeducación sobre la tercera edad.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1._ TÍTULO:

Proyecto de prevención, psicoterapia y técnicas ocupacionales basadas en logoterapia dirigida a las personas de la tercera edad del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.

6.2._ DATOS INFORMATIVOS:

- **INSTITUCIÓN EJECUTORA:** Hogar Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.
-
- **BENEFICIARIOS:**
Directos: Personas de la tercera edad, personal encargado del cuidado del adulto mayor que se encuentran el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato y familiares.
Indirectos: Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.

- **TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN:** dos semanas al mes, una hora, durante cinco días.

Ubicación: Instalaciones del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.

6.3._ ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA:

Mediante el análisis realizado en la presente investigación, se denota que la hipótesis se comprueba, es decir, existe una correlación entre el deterioro cognitivo y los niveles de depresión en los adultos mayores que acuden al Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato, el mismo que actualmente no cuenta con alternativas de solución, puesto que no se le da la debida importancia a la tercera edad, manifestando que es "normal" muchos de sus signos y síntomas, que denotan posible "patología".

En la ciudad de Ambato provincia de Tungurahua existen programas aplicados para evitar el deterioro cognitivo, tal es el caso del asilo de ancianos del Hospital Regional Docente de Ambato, en donde cuentan con profesionales especializados en realizar actividades ocupacionales y físicas. Otro ejemplo es el de la casa de reposo vida a los años, un lugar en el cual se realizan actividades que ejercitan la memoria, pensamientos, ideas, motricidad, sociabilidad, las mismas que son dadas por psicólogos y personal de ayuda.

6.4._ JUSTIFICACIÓN:

El diseño y desarrollo de la presente propuesta es basada en las necesidades encontradas en las personas de la tercera edad del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato, siendo de vital importancia por la finalidad de evitar el desgaste de las funciones cognitivas desarrolladas y aprendidas en el transcurso de vida, conservando las habilidades tanto motrices y sociales.

6.5._ OBJETIVOS

6.5.1._ OBJETIVO GENERAL:

- Aplicar un proyecto de prevención, psicoterapia y técnicas ocupacionales y acompañamiento basados en logoterapia para los adultos mayores, dirigida a las personas del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.

6.5.2._ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Prevenir síntomas depresivos en las personas de la tercera edad.
- Generar en los adultos mayores sentimientos de satisfacción consigo mismo.
- Conservar las habilidades sociales, motoras e intelectuales, con asistencia de terceras personas.

6.6._ ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD:

La presente propuesta es factible por los siguientes aspectos:

Es necesario tomar en cuenta que las personas de la tercera edad no están limitadas por sus años, por lo tanto esta propuesta tiene como propósito informar sobre el proceso evolutivo que ocurre en la vejez, abordando el área social, personal, biológico y emocional visto desde un punto teórico-práctico con bases humanistas, dirigido a las personas de la tercera edad, personal encargado de su cuidado y familiares de los mismos, con la finalidad de romper estereotipos de la edad.

El apoyo del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato está presto a brindar recursos materiales y de personal para la ejecución de la propuesta con ayuda de familiares, para realizar actividades encaminadas a la conservación de memoria, motricidad y lazo social para evitar síntomas depresivos y dar calidad de vida a las personas de la tercera edad.

6.7._ FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA- TÉCNICA

PSICOTERAPIA

La psicoterapia se basa en la modificación de pensamientos, sentimientos y conductas, con la finalidad de facilitar el cambio psíquico aliviando síntomas que producen un grado de sufrimiento importante.

Parte de un concepto etimológico, derivado de raíces griegas: Psyche que significa alma humana y therapeia, significa estudio de medios curativos o alivio de dolencias. Por su parte Eysenck la define como:

El intento de alterar el comportamiento y la emoción humanos en una forma benéfica, de acuerdo a las leyes del aprendizaje.

La importancia de este término se basa en lograr un cambio en la persona de manera positiva, siendo un factor primordial e indispensable la comunicación verbal o palabra.

La psicoterapia contiene una secuencia de procesos, los mismos que pueden ser modificados de acuerdo a la necesidad del paciente, estos se basan en; investigación, planificación y aplicación técnica.

Investigación: en esta fase se recolecta todo tipo de información que facilite la elaboración de una historia clínica, basada en datos significativos sobre problemas fundamentales de la persona. Estos datos se obtienen a través de interrogantes realizadas a la persona entrevistada, y a allegados que puedan colaborar.

Tomando en cuenta las expectativas y motivaciones con las que llega la persona, y las que vayan apareciendo mediante el proceso, es preciso centrarse en la necesidad del mismo, las cuales serán guiadas tanto por el paciente, como con el terapeuta y familiares o allegados mediante un diagnóstico, el cual abarca la apreciación de aspectos en su personalidad, el entorno del paciente y procesos adaptativos.

Planificación: es necesario llevar un plan de acción ante los datos obtenidos del paciente, con la finalidad de evitar improvisaciones, clarificar metas y objetivos que el paciente se haya trazado para determinar una técnica más eficaz.

Para lograr una planificación adecuada es necesario tomar en cuenta la existencia de una patología y el curso de la misma. Describir la personalidad del paciente mediante una evaluación previa lo cual facilitará la formulación de objetivos y el señalamiento de técnicas adecuadas para su necesidad.

Aplicación Técnica: es aquí en donde se da la práctica psicoterapéutica sistematizada y sujeta a requerimientos claros y precisos, la evaluación de la terapia debe ser un consenso del terapeuta, paciente, familiares y allegados, baterías psicológicas, registros psicológicos y mediciones fisiológicas lo cual conducirá a la resolución de síntomas en caso de cumplir con el proceso, esto dependerá de la iniciativa y voluntad del paciente. (Balarezo, 1995)

La aplicación de la psicoterapia es el proceso sistematizado de herramientas que facilita la resolución de conflictos de manera positiva, basada en la forma de afrontación de conflictos, aspectos de su personalidad, y relación en su entorno. El comportamiento que tenga la persona ante circunstancias adversas que causen malestar y la superación de los mismos permiten establecer el nivel de salud mental de la persona.

SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN

Salud mental es definida según la OMS, como un estado de bienestar físico, social y mental, mediante el cual la persona es consciente de sus capacidades, con las cuales se desarrolla y afronta situaciones diversas de tipo conflictivas especialmente. Relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales, tratamiento y rehabilitación no solo a la personas diagnosticadas con algún tipo de trastorno. (2007)

Marx, argumenta que la alineación o enajenación mental era la enfermedad fundamental del hombre, solo lo solucionable, desde luego con el socialismo.

Freud, lo define como amar y trabajar.

Dicho así, salud mental estará basada en el bienestar en el cual la persona denote sus habilidades, capacidad de adaptación, afrontamiento y productividad en su medio social.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 450 millones de personas en el 2005 padece alguna forma de trastorno mental, generándoles sufrimiento e incapacidad, de los cuales 37 millones presentan demencia, un millón de personas se suicidan cada año, 15 millones aproximadamente intentan suicidarse. La prevalencia de enfermedades mentales y trastornos es más ricos; África región con la incidencia más baja del 12%, mientras que Europa y Norteamérica presentan el 43%.

Estas cifras son alarmantes, puesto que crea un desequilibrio en su desarrollo físico, mental y social. Tomando en cuenta que a países más desarrollados más afectación, siendo la depresión, el abuso de sustancias y demencias las enfermedades de mayor prevalencia.

Los trastornos depresivos y la ansiedad son trastornos mentales de mayor frecuencia en consulta, de los tres niveles de atención.

El 1.6% de la población adulta ha intentado suicidarse, la tasa de suicidio en los últimos 20 años se ha incrementado en 125%, en el 2003. El 18% de la población urbana, entre 18 y 64 años de edad sufre de trastornos afectivos, especialmente depresión.

La presencia de un trastorno o enfermedad mental en un miembro del hogar es llamativa, no solo porque toda la familia se ve afectada a nivel emocional hay otro factor el económico, dicho así por el rechazo social a la persona afectada y la falta de atención profesional desequilibraran en gran medida, haciendo de esta una problemática mayor.

Considerando que más del 40% de los países no disponen de una política de salud mental, y en más del 30% no existe un programa dedicado a la misma (Sánchez Escobedo, 2008)

Es por estas cifras que la sociedad se ve obligada a auto-medicarse, evadiendo el problema que conlleva en sí mismo la afectación y la prolongación de una intervención adecuada.

Los profesionales en salud mental, mencionan la importancia del bienestar mental apoyados en técnicas terapéuticas necesarias o en la educación mediante la prevención.

Prevención primaria: engloba actividades encargadas de promover la salud mental, y prevención de las personas sanas. Este tipo de actividades se llevan a cabo mediante la educación, estímulo de participación colectiva, recreación y participación que conlleven a la mejora de la situación en la sociedad.

Prevención secundaria: también conocida como detección precoz y tratamiento oportuno, consiste en actividades encaminadas a la detección de la enfermedad en etapas iniciales, en la cual mediante el establecimiento de medidas necesarias puede impedir su progresión.

Prevención terciaria: son medidas dirigidas al diagnóstico integral de la sociedad con perturbaciones mentales residuales, con la finalidad de recibir un tratamiento y rehabilitación que les permita la reivindicación. (Rodríguez)

El programa de prevención de salud mental es sistematizado puesto que se complementa entre sí, mediante una jerarquía con la finalidad de mejorar la calidad de estilo de vida de la sociedad, es por ello que forma parte fundamental de esta investigación. La jerarquía con la que cuenta el programa de prevención es indispensable puesto que sin información adecuada y profesional no podríamos prevenir enfermedades, en caso de haber una enfermedad es muy necesario el diagnóstico de la misma para evitar que avance, mediante un diagnóstico ya establecido es necesario un tratamiento con la finalidad de una reivindicación, la misma que en esta investigación parte de brindar herramientas para la mantención

de habilidades obtenidas en el transcurso del desarrollo tanto físicas, mentales y sociales.

Clasificación Actual:

- **Prevención Universal:** Es aquella que va dirigida a todo un grupo sin distinción.
- **Prevención Selectiva:** Va dirigida a un subgrupo de la población con riesgo a caer en una problema o trastorno.
- **Prevención Indicada:** Es aquella que va dirigida a un subgrupo de la población ya diagnosticada con algún problema o trastorno.

LOGOTERAPIA

La Logoterapia es el método psicoterapéutico creado por el Dr. Victor Frankl (1991) que se enfoca en describir el sentido de la vida.

Etimológicamente hablando logoterapia es una palabra griega, que equivale a significado, sentido o propósito. La logoterapia considera en términos espirituales temas asimismo espirituales, como pueden ser la aspiración humana por una existencia significativa y la frustración del anhelo de este, puesto que *lagos* en griego no solo quiere decir, significación o sentido, también espíritu.

La logoterapia es un término humanista encaminado a descubrir netamente la esencia de nuestro motor que viene siendo la espiritualidad, algo que tenga mucho sentido para cada persona en el mundo y provenga de la misma.

La logoterapia es un tratamiento y acompañamiento para personas que sufren problemas existenciales de origen diverso, que conlleva una pérdida de sentido, crisis personal o existencial, conocido como "vacío existencial".

Se puede considerar al origen de vacío existencial en la medida en que el individuo encuentre limitado su voluntad de sentido, o búsqueda natural de una razón de ser de su vida.

La falta de vacío de sus vidas, dicho así por la falta de un instinto del que hacer pone en manifiesto su vacío interno lo que conlleva a patologías, puesto que al reconocer la existencia del "vacío existencial" sirve de sustento, esto es igualmente válido en el caso de jubilados y de las personas de edad.

En vez de posibilidades yo cuento con las realidades de mi pasado, no solo la realidad de mi trabajo hecho y el amor amado, sino de los sufrimientos sufridos valientemente. Estos sufrimientos son precisamente las cosas de las que me siento más orgulloso aunque no inspiren envidia.

El término existencial se puede utilizar de 3 formas para hacer referencia a la misma: *existencia*; modo de ser específicamente humano. *Sentido de la existencia*. Y el afán de encontrar un sentido concreto a la existencia personal o *voluntad de sentido*.

El trajín del diario vivir trae consigo tanto la monotonía que es llamada aburrimiento y los problemas que causan tensión, los cuales nos hacen ir en círculos sin respuesta alguna, no valorando lo realizado, mucho menos lo a realizar haciendo que el ser humano se estanque llegando a un conformismo el mismo que no le permite avanzar, perdiendo la voluntad de vida causando un sentimiento de frustración con lo cual en la mente de la persona se genera la pregunta ¿qué va a pasarme? Haciendo que tome responsabilidades sobre sí mismo, así también ante los demás y sobre todo ante la vida.

La logoterapia intenta hacer al paciente plenamente consciente de sus propias responsabilidades, puesto que no impone juicios de valor, razón por la cual ha de dejarle la opción de decidir porqué, ante qué, o ante quién se considera responsable. Teniendo como función ampliar y ensanchar el campo visual del paciente de forma que sea responsable ante la sociedad o ante su propia conciencia mediante significaciones y principios.

Siendo el ser humano responsable que debe aprender el sentido de la vida el mismo que debe encontrarse en el mundo, más no en su propia mente, puesto que la autorrealización no es la verdadera meta de la existencia humana, esta no puede alcanzarse cuando se considera un fin de sí misma sino como efecto secundario de

la propia trascendencia, siendo esta constante nunca cesa, siempre está cambiando.

Podemos descubrir el sentido de la vida en 3 modos:

Realizando una acción. Teniendo algún tipo de principio y por el Sufrimiento.

Ser es existir, esto parte de una ideología la misma que debe ser muy significativa tanto para el ser humano como para el mundo puesto que lo beneficia y le hace mejor, al realizar una acción estamos siendo. Tomando en cuenta que para aprehender necesitamos de otro ser humano y para conocerlo partimos del acto espiritual del amor, pues mediante su amor, la persona que ama posibilita al amado a que manifieste sus potencias, logrando que sus potencias se conviertan en realidad y de allí pueda realizarse para una existencia en sí misma. En una situación como un destino inevitable se cumple el sentido más profundo que es el sufrimiento, lo más importante es la actitud que tomemos ante el sufrimiento, puesto que el sufrimiento deja de serlo en cierto modo en el momento que encuentra un sentido (Dr. Frank, El hombre en busca de sentido, 1991).

La logoterapia en el hogar sagrado corazón de Jesús va a ser aplicada desde el precepto del sufrimiento, puesto que el ser humano es alguien completa e inevitablemente influido por su entorno, lo cual explica los signos y síntomas que presentan los adultos mayores del hogar. Descartando el primer precepto (realizando una acción) puesto que al llegar a la tercera edad creamos una idea de que ya no hay nada más que hacer, la misma que es acompañada del encierro en el cual se encuentra siendo este la casa hogar. Así también el segundo precepto (el amor) a excepción de casos particulares, dicho así ya que no hay una relación entre ellos, en el caso particular de las personas de la tercera edad que se encuentran en el hogar sagrado corazón de Jesús, las personas suelen pasar el tiempo sentadas sin conversar entre ellas, salvo las horas de rezar.

Las personas de la tercera edad (65 años), han atravesado diversas experiencias que no todas necesariamente mencionan ser buenas y es por esto que va a ser utilizado el tercer precepto (sufrimiento) de manera que genere en el adulto mayor

una aceptación de lo ya vivido que mediante el diálogo la persona reviva las situaciones pasadas con la carga emocional que conlleva a la responsabilidad consigo mismo en el mundo llevándole al adulto mayor a reflexionar su pasado para darle un sentido a su presente mediante la trascendencia de sí mismo, puesto que siempre decide cuál será su existencia y al minuto siguiente, siendo los rasgos principales de la existencia su capacidad para elevarse por encima de estas condiciones, ya sea que se encuentre en una casa hogar o en cualquier otro lugar y las trascienda puesto que somos seres autotrascendentes.

El Dr. Frank (2003)concluye: llegué a entender que lo primordial es estar siempre dirigido o apuntado hacía algo o alguien distinto de uno mismo, hacía un sentido que cumplir u otro ser humano que encontrar, una causa a la cual servir o una persona a la cual amar. (Dr. Frank, 2003)

La esencia del trascender y de lo que nos habla el Dr. Frank se basa en el ser humano, y entender que no estamos, debemos ayudar al todo y a todos para trascender uno mismo y ayudar a trascender a los demás.

TÉCNICAS DE ACOMPAÑAMIENTO Y OCUPACIONALES

Son un conjunto de recursos que están enfocados a la asistencia de personas con perturbaciones psíquicas, en situaciones de crisis o emergencias. Es una técnica terapéutica complementaria utilizada para la prevención, atención y resocialización (Cantón & José, 2008).

La finalidad en la aplicación de esta técnica es para socializar con las personas de la tercera edad en su vida cotidiana, en el caso del hogar sagrado corazón de Jesús los residentes tienden aislarse, mediante la técnica de acompañamiento se buscará el fin de mantener un conversatorio vivencial en donde lo clave es prestar atención a lo que el adulto manifieste sin interpretar lo que diga ni mucho menos creando un lazo social, será netamente terapéutico. El hecho de mantener contacto con alguien fuera del entorno hace que su aislamiento disminuya a medida que aumenta la constancia, facilitando su reinserción y creando interés en las personas que lo cuidan y familiares.

Las técnicas ocupacionales tienen como objetivo en los adultos mayores promover la independencia en el desempeño de tareas cotidianas de la vida, ya que tienen dificultad para realizar tareas cotidianas debido a los efectos del envejecimiento y al entorno en el cual se encuentra, por lo cual mediante plantillas de dibujos para colorear conservan los adultos mayores su motricidad, capacidad de razonamiento, concatenación de situaciones, la exposición de las mismas llevarán a crear un vínculo con su entorno y familiares. Una vez logrado el vínculo entre adulto mayor y entorno se habla de resocialización, logrando se le colabore en la realización de tareas cotidianas como vestirse, ocuparse de su aseo y alimentación.

6.8._ METODOLOGÍA- MODELO OPERATIVO:

El presente modelo de intervención grupal y familiar, se basa en la utilización de técnicas psicoeducativas, siendo estas informativas tanto a los adultos mayores como a los familiares y personas encargadas de su cuidado, sobre la contextualización del adulto mayor, cambios físicos, mentales, sociales y emocionales que presentan actualmente las personas de la tercera edad del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.

Se espera obtener resultados basados en la conservación de memoria y disminución parcial de síntomas depresivos, para lo cual este plan terapéutico es continuo semanalmente, en donde las sesiones durarán un lapso de una hora aproximadamente por la capacidad de concentración del adulto mayor una vez cada día, por cinco días, dos semanas al mes durante el tiempo que se crea necesario. Las actividades a desarrollarse se irán modificando en cuanto a objetivos de acuerdo a los resultados obtenidos y demandas de la comunidad.

MODELO DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

FASE 1; PSICOEDUCACIÓN	
Introducción:	<p>Al hablar de la tercera edad la mayoría de personas se centran netamente en cambios físicos, muchos de ellos siendo estereotipados sobre invalidez enmarcándoles a una etiqueta. La importancia de falta de información es lo que permite ampliar más el tema sobre conceptualización de la tercera edad, abordando así la parte física, emocional, comportamental, biológica y social de la persona que atraviesa en la edad y más aún en la casa hogar.</p>
Objetivos:	<p>Informar a la comunidad aspectos importantes en el desarrollo de la persona adulta mayor, con la finalidad de obtener una conciencia sobre convivencia y generar preocupación por la tercera edad, rompiendo esquemas de estereotipos y creando nuevas expectativas para una participación conjunta, brindando pautas de aprendizaje para un buen vivir.</p>

Día:	Lunes
Participantes:	<p>Persona responsable del programa (Lizbeth Paucar)</p> <p>Personas de la tercera edad, personal encargado de los adultos mayores, y profesionales del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús.</p> <p>Familiares de las personas que acuden al hogar.</p>
Materiales:	<p>Computador</p> <p>Proyector</p> <p>Información científica teórica de la tercera edad con abordaje específico en el área emocional, comportamental y social.</p> <p>Información de los participantes</p> <p>Material ilustrativo</p>
	<p>Presentación de la responsable del programa, profesionales y personal encargado.</p> <p>Introducción al tema mediante una participación teórica, se acompaña con preguntas tales como;</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué entiende por persona

<p>Actividades:</p> <p>(1 hora)</p>	<p>adulta mayor?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es su mayor preocupación sobre este tema? • ¿Cómo me siento en esta edad? • ¿Qué le ocurre a mi cuerpo? • ¿Qué ocurre en mi cabeza? <p>Mediante estas preguntas se realiza una explicación básica y prosigue a la parte teórica científica con la finalidad de un mejor entendimiento.</p> <p>Intervención con preguntas sugeridas de la comunidad, y respuestas a las mismas.</p>
<p>Evaluación:</p>	<p>¿Qué fue lo que más le llamo la atención del tema tratado?</p> <p>¿Cuál fue la parte de mayor importancia sobre el tema?</p> <p>¿Satisfago sus expectativas esta charla?</p>
<p>Cierre:</p>	<p>Se les pide a los participantes que sugieran un área específica a tratar el siguiente lunes, según el programa actual.</p>

FASE 2; VOLUNTAD DE SENTIDO	
Introducción:	<p>La voluntad de sentido hace referencia a la búsqueda del significado y sentido de la vida centrada en la existencia humana, teniendo como principio la lucha de los ideales de cada persona la misma que se convierte en la fuerza que impulsará un equilibrado “aquí y ahora” para un mejor futuro.</p>
Objetivos:	<p>Brindar herramientas para la búsqueda de sentido por parte de familiares y personal encargado de los adultos mayores.</p> <p>Generar en la persona adulta mayor conciencia sobre realización hasta aquí en su vida.</p> <p>Reconocer y Manifestar logros que faciliten la búsqueda de sentido.</p>
Día:	Martes
	Persona responsable del programa (Lizbeth Paucar)

<p>Participantes:</p>	<p>Personas de la tercera edad y personal encargado de los adultos mayores del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús.</p> <p>Familiares de las personas que acuden al hogar.</p>
<p>Materiales:</p>	<p>Material ilustrativo Material de Oficina Información de los participantes Recursos Vivenciales</p>
	<p>Presentación de la responsable del programa.</p> <p>Actividad mnésica dirigidas a personas escogidas al azar, basada en preguntas como;</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué día es hoy? • ¿En qué mes estamos? • ¿Cómo se llama este lugar? • ¿Qué hicimos el día de ayer? • ¿Qué comieron hoy? • ¿Recuerdan los nombres del personal encargado? <p>Se procede a preguntar sobre el estado de ánimo actual, con la finalidad de crear empatía entre los presentes.</p>

<p>Actividades: (1 hora)</p>	<p>Se les entrega una hoja con un dibujo de dos familias, una de adultos mayores y otra de adultos medios.</p> <p>Del dibujo entregado se les pide piten las personas de la tercera edad con la ayuda o sugerencia sobre colores por parte de los familiares o personal de ayuda, mientras le dan un tema y crean una historia con los personajes del dibujo (Método Vicario).</p> <p>Se realiza un conversatorio sobre el método vicario, pidiendo a los familiares o personal encargado manifiesten un evento significativo donde sea partícipe la persona adulta mayor, con el cual pueda la persona identificar logros alcanzados.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se pide al adulto mayor manifestar logros significativos alcanzados, que los haga buscar ese sentido a su vida.
<p>Evaluación:</p>	<p>¿Cómo se sintieron al escuchar a sus familiares que fueron ustedes partícipes de sus logros importantes?</p> <p>¿Cuán importante es buscar un sentido a la vida?</p> <p>¿Qué les pareció esta actividad?</p>

<p>Cierre:</p>	<p>Basada en las respuestas de la evaluación se realiza un Feed Back, que consiste en retroalimentar lo visto en la actividad haciendo hincapié en la logoterapia, tomando en cuenta el desenvolvimiento del grupo.</p>
<p style="text-align: center;">FASE 3; SENTIDO DE VIDA</p>	
<p>Introducción:</p>	<p>El sentido de vida es crear una responsabilidad basada en la búsqueda de significado de sus acciones, la cual denota que la búsqueda es la identificación de logros que lo han llevado a decidir cuál es su esencia de existencia.</p>
<p>Objetivos:</p>	<p>Fomentar integración Social</p> <p>Conservación de Actividad Motriz</p> <p>Reducción de síntomas depresivos momentáneamente</p> <p>Generar Responsabilidad consigo mismo</p>

Día:	Miércoles
Participantes:	<p>Persona responsable del programa (Lizbeth Paucar)</p> <p>Personas de la tercera edad, personal encargado de los adultos mayores, y profesionales del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús.</p>
Materiales:	<p>Plastilina</p> <p>Letras de Canciones</p> <p>Música de Rumbaterapia</p> <p>Colores</p> <p>Material de Oficina</p>
	<p>Presentación de la responsable del programa.</p> <p>Actividad mnésica dirigidas a personas escogidas al azar, basada en preguntas como;</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué día es hoy? • ¿En qué mes estamos? • ¿Cómo se llama este lugar? • ¿Qué hicimos el día de ayer? • ¿Qué comieron hoy? • ¿Recuerdan los nombres del personal encargado?

<p>Actividades: (1 hora)</p>	<p>Se realiza una introducción y explicación sobre la técnica lúdica a realizar con la finalidad de crear empatía y ambientar el lugar (se realizará una actividad diferente cada miércoles). En este caso será la pintura.</p> <p>Se les indica una hoja con un dibujo (cualquier dibujo grande) realizando preguntas de identificación como;</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué dibujo es este? • ¿Para qué sirve? • ¿En dónde lo encontramos? • ¿De qué color podría ser? <p>Se le entrega a cada uno la hoja con el dibujo, una caja de colores y se le pide que pinten libremente, tomando en cuenta las líneas.</p> <p>Una vez terminada la actividad se les pide mostrar a los demás su trabajo realizado explicando el porqué de los colores, a su vez les indican a sus familiares la actividad realizada contando su desenvolvimiento al hacerla.</p> <p><i>Las actividades a realizar son:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Rumbaterapia</i> • <i>Cantar</i> • <i>Realizar figuras con plastilina</i>
------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pintar figuras sugeridas</i>
Evaluación:	<p>¿Qué dificultad tuvo al realizar la actividad?</p> <p>¿Cómo se sintió realizando la actividad?</p> <p>¿Le gustó la actividad realizada?</p>
Cierre:	<p>Se trabaja con las respuestas obtenidas en la evaluación, en cuanto a las dificultades se les brinda respuestas básicas y sencillas con la finalidad de incentivar a seguir realizando las actividades.</p> <p>Se les pide sugerencias sobre las próximas actividades.</p>

FASE 4; ACEPTACIÓN DEL SUFRIMIENTO	
Introducción:	<p>Aceptación del sufrimiento es entender que tanto las “cosas buenas como malas” son parte del diario vivir, las mismas que sirven de aprendizaje, tomando en cuenta que no son malas ni buenas son solo situaciones de vida que nos llevan a un crecimiento el mismo que nos fortalece como humanos.</p>

<p>Objetivos:</p>	<p>Lograr una aceptación de vida.</p> <p>Buscar el bienestar consigo mismo.</p> <p>Lograr una conformidad con su vida.</p>
<p>Día:</p>	<p>Jueves</p>
<p>Participantes:</p>	<p>Persona responsable del programa (Lizbeth Paucar)</p> <p>Personas de la tercera edad y personal encargado de los adultos mayores del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús.</p>
<p>Materiales:</p>	<p>Material de Oficina</p> <p>Recursos Vivenciales</p> <p>Material Didáctico</p> <p>Registro de pensamientos automáticos</p>
	<p>Presentación de la responsable del programa.</p> <p>Actividad mnésica dirigidas a personas escogidas al azar, basada en preguntas como;</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué día es hoy?

<p>Actividades: (1 hora)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En qué mes estamos? • ¿Cómo se llama este lugar? • ¿Qué hicimos el día de ayer? • ¿Qué comieron hoy? • ¿Recuerdan los nombres del personal encargado? <p>Se realiza una introducción y explicación sobre la técnica a realizar, en este caso se utiliza una herramienta terapéutica siendo esta un papelote en el cual se va a dibujar una silueta de cada persona adulta mayor, mientras se crea empatía con los participantes.</p> <p>Se procede a entregar a cada persona un papelote y se pide al personal encargado ayude a dibujar una silueta humana que asemeje al adulto mayor para empoderarse del rol.</p> <p>Una vez dibujada la silueta con ayuda de las personas encargadas del adulto mayor se le da instrucción de escribir fortalezas y debilidades tanto internas como debilidades de sí mismo.</p> <p>Se prosigue a entregar un registro de pensamientos automáticos a las personas encargadas del cuidado del adulto mayor, con la finalidad de anotar las debilidades y respuestas, se realiza</p>
------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>preguntas como;</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo esa fortaleza (paciencia) le ha servido hasta ahora? • ¿por qué son debilidades? • ¿Tiene más fortalezas que debilidades? • ¿Qué le hace pensar que eso es una debilidad en usted? <p>La persona responsable del programa realiza una exposición confrontativa, con la finalidad de que cada persona se empodere de lo que dice mediante pruebas tangibles, realizando preguntas como;</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se podría transformar esa debilidad en fortaleza? • ¿Qué prueba tiene para decir que esa es una debilidad? • ¿Le han dicho que esa es una debilidad en usted, basado en qué? <p>Con el objetivo de transformar las debilidades en oportunidades que generen nuevas fortalezas.</p>
<p>Evaluación:</p>	<p>¿Aprendió algo de usted con esta actividad?</p> <p>¿Cómo le ayudó esta actividad en su aceptación de vida?</p> <p>¿Qué tan importante considera aceptarse a uno mismo?</p>

Cierre:	Se realiza un cierre terapéutico, debido a que la persona al exponer sus cualidades presenta una carga emocional latente la misma que debe ser cerrada adecuadamente mediante la aplicación de empatía, destacando sus fortalezas
----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FASE 5; FEED BACK	
Introducción:	Feed Back es un término que hace referencia a la retroalimentación de una o varias actividades realizadas, encaminada a la conservación del aprendizaje obtenido y reforzamiento del mismo.
Objetivos:	<p>Evaluar lo que se aprendió en las intervenciones pasadas</p> <p>Obtención de nuevas ideas para una siguiente intervención.</p>
Día:	Viernes

<p>Participantes:</p>	<p>Persona responsable del programa (Lizbeth Paucar)</p> <p>Personas de la tercera edad y personal encargado de los adultos mayores del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús.</p> <p>Familiares de las personas que acuden al hogar.</p>
<p>Materiales:</p>	<p>Recursos Vivenciales</p>
	<p>Presentación de la responsable del programa.</p> <p>Actividad mnésica dirigidas a personas escogidas al azar, basada en preguntas como;</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué día es hoy? • ¿En qué mes estamos? • ¿Cómo se llama este lugar? • ¿Qué hicimos el día de ayer? • ¿Qué comieron hoy? • ¿Recuerdan los nombres del personal encargado? <p>Se realiza una explicación sobre la actividad a realizar, acompañado de preguntas como;</p>

<p>Actividades: (1 hora)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué fue lo que más le llamo la atención sobre el adulto mayor? • ¿Cuál fue la parte de mayor importancia sobre el tema? • ¿Cómo se sintieron al escuchar a sus familiares que fueron ustedes partícipes de sus logros importantes? • ¿Cuán importante es buscar un sentido a la vida? • ¿Qué aprendió en la actividad de sentido de vida? • ¿Qué tan importante considera aceptarse a uno mismo? <p>Mientras los participantes responden a las interrogantes, todos participan de manera vivencial con la intervención de la responsable del programa con la explicación teórico científica apoyada de la vivencial.</p>
<p>Evaluación:</p>	<p>¿Considera usted necesario efectuar una retroalimentación de las intervenciones realizadas?</p> <p>¿De qué manera le han servido las actividades terapéuticas en esta etapa de su vida?</p>
	<p>De las respuestas obtenidas, se busca</p>

Cierre:	conjuntamente sugerencias para las siguientes intervenciones, se agradece por la colaboración mientras se menciona la importancia de éstas, con la finalidad de continuar con las intervenciones.
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

MARCO ADMINISTRATIVO

6.9._ RECURSOS

6.9.1._ INSTITUCIONAL

- Universidad Técnica de Ambato
- Facultad Ciencias de la Salud
- Carrera de Psicología Clínica
- Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato

6.9.2._ HUMANOS

- María Lizbeth Paucar Mejía
- Adultos mayores del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato
- Familiares de las personas de la tercera edad.
- Personas encargadas del adulto mayor del Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.

6.9.3._ MATERIALES

- Material de oficina

- Material Didáctico
- Material Ilustrativo
- Laptop
- Infocus
- Transporte.

6.9.4._FINANCIEROS

- Autofinanciamiento

RUBROS DE GASTOS	VALOR
Redacción y Transcripción	\$50,00
Equipos	\$400,00
Material de escritorio	\$100.00
Material bibliográfico	\$50,00
Transporte	\$50,00
Anillado y empastado	\$100,00
TOTAL:	\$750,00

6.9.5._ CRONOGRAMA

Actividad/ Mes	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del Proyecto	■	■	■	■	■	■	■	■																				
Recolección de información									■	■	■	■																
Análisis de la información									■	■	■	■																
Formulación de la propuesta													■	■	■	■												
Redacción del informe final																	■	■	■	■	■	■	■	■				
Presentación del informe																	■	■	■	■	■	■	■	■				
Defensa del informe																									■	■	■	■

6.9.6._ PLAN DE MONITOREO

¿QUE EVALUAR?	Satisfacción personal de aquellos que acudieron al proyecto de prevención, psicoterapia y técnicas ocupacionales y acompañamiento basados en logoterapia para los adultos mayores.
¿POR QUE EVALUAR?	Detectar el grado de depresión y deterioro cognitivo
¿PARA QUE EVALUAR?	Para detectar los niveles de depresión y evitar que se convierta en un problema mayor
¿QUIEN EVALUA?	Lizbeth Paucar
¿CUANTO EVALUAR?	En vez al mes, cada dos ciclos semanales
¿COMO EVALUAR?	Mediante encuestas, feed Back, y preguntas directas a familiares
FUENTE DE INFORMACION	Familiares y personas de la tercera edad
¿DONDE EVALUAR?	Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús- Ambato.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA:

- Balarezo, L. (1995). *Psicoterapia*. Ecuador. Pontífica Universidad Católica del Ecuador, Ecuador.
- Bastidas, Tello G. (2012). *Psicopatología*. Ambato-Ecuador.
- Cantón, José. (2008). *Atención y Apoyo Domiciliario*. Madrid. Editex.
- CIE-10. (2004). *Guía de Bolsillo de la Calificación CIE-10*. Editorial Panamericana, España.
- Cornachione Larrínaga, María A. (2008). *Psicología del Desarrollo*. Editorial Brujas, Argentina.
- Colección de la Salud. (2004). *La Salud y la Mente Humana*. 3ra Edición, Barcelona.
- Díaz Portillo, I. (2011). *Bases de la Terapia en Grupo*. Editorial PAX, México.
- Dorsch, F. (1994). *Diccionario de la Psicología*. Editorial Herder, Barcelona.
- Durand. M, Barlow. (2008). *Psicopatología*. 3ra Edición Editorial Thomson, España.
- DSM-IV-TR. (2005). *Breviario Criterios Diagnósticos*. Editorial Masson, España.
- Escobedo, S. (2008). *La Psicología Clínica como campo Profesional*. (pp. 26-27), México: El Manual Moderno.
- Flachier del Alcazar, J. (1997). *Auxiliar de Psicología Clínica*. Ediciones Morata, Madrid.
- Gómez, Hernández, Rojas & Uribe. (2002). *Fundamentos de la Psiquiatría Clínica: niños, adolescentes y adultos*. (pp. 231-233), Bogotá: Javeriano.
- Grill, S. (1998). *Psicoterapia e Investigación*. Revista Facultad de Psicología de la Udelar.

- Mesa, Pedro J. (1986). *Marco Teórico de la Psicopatología*. Sevilla. Editorial Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Mias. (2009). *Quejas de la Memoria y Deterioro Cognitivo Leve*. (p.31). 1ed Encuentro Grupo Editor, Córdoba-Argentina.
- Morales Martínez, Fernando. (2000). *Geriatría y Gerontología*. Editorial Universidad Estatal a Distancia, San José-Costa Rica.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Salud y Bienestar del Adulto Mayor en la Ciudad de México*. Sabe 2000, México.
- Riofrío, L. *Apuntes de Psicosemiología y Psicopatología*. (p.94), Quito-Ecuador.
- Rodríguez Ávila, Nuria. (2006). *Manual de Sociología y Gerontología*. Publicaciones 1ra Edición de la Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Székely. (2010). *Diccionario de la Psicología*. (pp.224-225). 2da Edición Claridad, Buenos Aires-Argentina.

LINKOGRAFÍA:

- /Casado Blancas, O. (22de julio de 2014). *Depresión es la principal enfermedad psiquiátrica en América Latina*. Obtenido de: http://www.rpp.com.pe/2014-06-22-depresion-es-la-principal-enfermedad-en-america-latina-noticia_702277.html.
- Cabrera, Y., & López, E. (16 de diciembre de 2007). *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*. Obtenido de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020205014>.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UTA:

- **EBRARY:** Requena, E. (2003). Obtenido de: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=100406038&p00=depression%20embaro>
- **EBRARY:** Goleman & Cherniss,(2005).Inteligencia Emocional en el Trabajo. recuperado el 15 de noviembre del 2013, disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10316879&p00=inteligencia%20emocional%20trabajo>

- **PROQUEST:** Molina, A. (25 de mayo de 2004). Obtenido de:
<http://search.proquest.com/docview/315731298?accountid=36765>
- **PROQUEST:** Vitela, N. (2007). Obtenido de:
<http://search.proquest.com/docview/307849504?accountid=36765>
- **SCIENCEDIRECT:** Bogeles S. and Melick M. (2004). The relationship between child-report, parent self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886904000558>.
- **EBRARY:** Lindheimer, M., de Roberts, J., & Gary. (julio de 2011). Obtenido de:
<http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docIC=10486038&p00>
- **INFORMAWORLD:** Maat, S., Dekler, J. S., & De Jonghe, F. (2007). Obtenido de:
<http://dx.doi.org/10.1080/10503300600756402>

ANEXOS:



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Deterioro Cognitivo y su correlación en el
apareamiento de Niveles de Depresión en Adultos
Mayores que acuden al Hogar de Ancianos Sagrado
Corazón de Jesús-Ambato.

"MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO"

Paciente Edad
 Ocupación Escolaridad Examinado por Fecha

ORIENTACIÓN

	PUNTOS
"Dígame el día Fecha Mes Estación Año"	(5)
"Dígame el Hospital (o el lugar) Planta"	(5)
Ciudad Prov. Nación"	(5)

FIJACIÓN

"Repita estas 3 palabras: Presenta-Caballo-Manzana"
 (Repetirlas hasta que las aprenda) (3)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

"Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? (5)
 "Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda) (3)
 "Ahora hacia atrás""

MEMORIA

"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? (3)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj (2)
 "Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros" (1)
 "Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?" (2)
 "¿Qué son un perro y un gato?" (3)
 "Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa" (1)
 "Lea esto y haga lo que dice"; CIERRE LOS OJOS (1)
 "Escriba una frase" (1)
 "Copie este dibujo":



.....(1)

PUNTUACIÓN TOTAL (35)
 Nivel de conciencia
 Ciego Sordo Otros



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Deterioro Cognitivo y su correlación en el apareamiento
de Niveles de Depresión en Adultos Mayores que acuden al
Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús-Ambato.**

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas

según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

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

TOTAL:
