



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA REDISEÑADA



DOCUMENTO PROBATORIO EXAMEN DE CARÁCTER
COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PROBLEMA:

SOLEDAD Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD MENTAL
DE UN ADULTO MAYOR DE 77 AÑOS DE LA PARROQUIA
RICAURTE

AUTOR

RIOS ALEJANDRO ROBERTO ALEXANDER

TUTOR

MSG. FRANCO CHOEZ XAVIER EDUARDO

BABAHOYO, ABRIL

2023

Contextualización.

1 Planteamiento del problema

En la ejecución de las prácticas preprofesionales del periodo noviembre 2021 - abril 2022, se evidenció un caso en el que un adulto mayor expresaba sentimientos de tristeza, inseguridad, sensación de vacío, se sentía en total soledad. Surgiendo la problemática: ¿de qué manera influye la soledad en la salud mental de un adulto mayor de 77 años de la parroquia Ricaurte?

La OMS denomina a la soledad como la pandemia del siglo XXI, así lo demostró en un estudio realizado en el 2021, aun en el foco de la pandemia en el que aseguraba que, en los países de China, Europa, América Latina y en EEUU tenían un porcentaje del 20% y 34% de personas que se sienten desamparados o en soledad (Ghebreyesus).

El director de la OMS el Dr. Tedros Ghebreyesus considera que “los efectos adversos que dejó la cuarentena son muy significativos. Factores como el aislamiento social, el miedo al contagio y el fallecimiento de familiares son intensificados por el duelo de la pérdida, la falta de ingresos económicos y por ende la carencia de empleo”. Siendo estos factores predisponentes para el padecimiento de trastornos psicológicos (2022).

La depresión y otros trastornos neuropsicológicos como la demencia oscila entre 6,46% y 8,48%. A medida que el tiempo avanza el porcentaje de personas adultas mayores en soledad aumenta, esto debido a los cambios en nuestro ambiente circundante, sumados al aislamiento social y a la reducción de sus actividades cotidianas o hobbies (Pinazo, 2018).

En la parroquia Ricaurte perteneciente al cantón Urdaneta provincia de los Ríos, un análisis realizado por el Plan de desarrollo y Ordenamiento territorial (PDOT) indica que existe un porcentaje estimado de 5,93% de personas adultas mayores por cada 100 personas. De las cuales la mayoría de estas viven solas y algunos, con un patrón en común el cual es que, aunque tienen familiares cercanos estos no conviven con ellos, dejándolos en el olvido, y otros son maltratados físicamente y mentalmente (2015).

2 Justificación

El presente estudio de caso se evidencio a lo largo de mis 240 horas de prácticas preprofesionales en el Gobierno Autónomo descentralizado de Ricaurte (GAD). Como pasante tuve la oportunidad de analizar, observar y evaluar de primera mano a los adultos mayores a cargo de mi tutora, de ahí surge un patrón que se repite, de 17 adultos visitados 11 decían sentirse solos, aun cuando su familia o cuidador a su cargo Vivian y convivían con ellos, se sentían solos e incluso olvidados. En palabras textuales de mi paciente el cual era el más afectados de todos, expresó lo siguiente: “me siento muy solo, hay veces en las que este sentimiento me hace pensar que, talvez, estaría mejor muerto”.

El sentimiento de soledad es caracterizado como una experiencia de displacer, ya sea a causade de que el circulo social con el que se relaciona no es el que desea o su red de apoyo familiar es inestable, o porque el soporte emocional que recibe de estas es nulo. Desafortunadamente la presencia de este sentimiento negativo es elevada en la población de adultos mayores, trayendo consigo problemas en la salud mental de estos. Por eso se a planteado la relación de la soledad en la salud mental del adulto mayor.

Entre los beneficiarios de la investigación de manera directa contamos con el adulto mayor evaluado, seguido por su familiares o cuidador a cargo; de forma indirecta beneficiará a la comunidad universitaria de la universidad técnica de Babahoyo por obtener nuevos aportes de investigación, la cual servirá como base para futuras investigaciones con interés en el tema.

La factibilidad del trabajo es evidente ya que conta con los recursos necesarios para abordarlo, con los instrumentos y técnicas que nos ayudaran en la recolección de datos además de la asesoría profesional del tutor docente a cargo, garantizando así una culminación exitosa del trabajo a proceder. Esta investigación es de tipo correlacional, puesto que tiene como meta medir el grado de correlación entre la variable independiente con la dependiente, el enfoque es de mixto ya que la recolección de datos se da de manera cuantitativa y cualitativa mediante el empleo de la observación clínica, la entrevista semi estructurada, historia clínica y por último la implementación de test psicométricos.

3 Objetivos del estudio

3.1 Objetivo general

Determinar la influencia de la soledad en la salud mental de un adulto mayor de 77 años de la parroquia Ricaurte.

3.2 Objetivos específicos

- Valorar la existencia de soledad en el adulto mayor.
- Analizar mediante la implementación de un proceso de psicodiagnóstico la salud mental del adulto mayor.
- Describir la relación que existe entre la soledad y la salud mental del adulto mayor.

4 Línea de Investigación

Para el análisis de la influencia de la soledad en la salud mental de un adulto mayor de 77 años se abordaron las líneas de investigación clínica y forense de igual manera tomó la sublínea evaluación psicológica clínica y forense, logrando así terapéutica mediante un proceso de psicodiagnóstico mismo que nos permitirá establecer un esquema terapéutico que servirá como propuesta para la mejora en el área a tratar.

5 MARCO CONCEPTUAL

5.1 Soledad

Es la ausencia deliberada o no de compañía, así es como la real academia española define a la soledad. Teniendo una amplia gama de estudio, la mayoría de los autores que se interesaron en ella indican que es un fenómeno unilateral el cual tiene un carácter biológico mímico que la cultura y la sociedad moldean directamente (Acosta, 2017). Cristine afirmaba que la soledad es un sentimiento subjetivo, no la ausencia de compañía o un mero apego emocional con otras personas Pinazo et al (2018).

El primer registro existente de esta es de mediados de los 80, desde ese entonces la soledad ha tenido un sinnúmero de definiciones las cuales también se ven influenciadas por las creencias y culturas, por lo cual es muy complejo la búsqueda de un concepto exacto de lo que denominamos soledad (Scalise, 1984).

“El padre de la investigación de la soledad” así se lo solo reconoce a Weiss por su obra, la fue basada en la teoría del apego de Bowlby (1983) misma que fue publicada en el año de 1973, dando así el inicio del interés por el estudio de la soledad, siendo sus alumnos los que comenzarían con esta Pinazo et al. (2018). En sus investigaciones plasma que la soledad es una respuesta ante la ausencia de una provisión de relación particular. También la considera como un tipo de estado unitario, es decir, sentirse más o menos solo, esto como consecuencia de faltas de relaciones sociales. Este mismo autor define dos tipos de soledad: la social y la emocional (RS, 1973).

5.1.1 La Soledad como Objeto de Estudio en Psicología

La soledad desde el punto psicológico posee diferentes definiciones, la más antiguas de esta es la de Sullivan, el cual la define como una sensación contraria al placer, la cual está vinculada con la falta de actividad interpersonal. por otro lado, Young la define como la percepción real o no de relaciones gratificantes las cuales van tomadas de la mano de manifestaciones de “distress” psicológico (1982). Marcando así la diferencia entre el aislamiento social y soledad, ya que esta última es la sensación de estar solo,

independientemente de la cantidad de contacto social, mientras que el primero es la falta de conexiones sociales.

El aislamiento social puede conducir a la soledad en algunas personas, mientras que otras pueden sentirse solas sin estar socialmente aisladas (Cummins, 2020). Desde esta postura han surgido varias afirmaciones sobre la soledad desde la perspectiva psicológica, mismas que son obvias y no requieren una confirmación de investigación elaborada.

5.1.2 Factores Causales

Los factores causales de la soledad son muchos y varían de persona a persona, además no siempre entendemos que es lo que tiene equis experiencia que nos hace sentir solos. En términos generales los siguientes eventos son sucesos que alcanza a experimentar cualquier individuo a lo largo de su ciclo vital y nos puede hacer sentir solos (Azeredo et al. 2016).

- La experimentación de un duelo
- Rupturas amorosas
- La jubilación y perder las relaciones que teníamos en el trabajo
- Cambio de trabajo y sentirse aislado de tus nuevos compañeros
- Iniciar la universidad
- Cambiar de ciudad

Otras personas se sienten solas en ciertas épocas del año, como en Navidad. Lo cierto es que no existe una causa específica por la que una persona pueda llegar a sentirse sola, ya que una persona puede sentirse solo incluso estando rodeado de personas (familia, amigos, pareja etc.) (Rico, 2016).

5.1.3 La Soledad en la Vejez

Los seres humanos somos sociales por naturaleza, la comunicación es la herramienta que nos ha ayudado a sobrevivir y prosperar. No obstante, a medida que envejecemos nuestro vínculo social disminuye, haciéndonos más propensos a estar solos; trayendo con ello problemas en la salud mental (Aging, 2018).

Las Academias Nacionales de ciencia, Ingeniería y Medicina, indicó en uno de sus informes publicado en el (2020), que un poco más de una cuarta parte de la población de adultos mayores se sienten socialmente aislado y el un tercio de esta dicen sentirse solos. Los

adultos mayores son los más propensos a la soledad, porque es una realidad que muchos de ellos enfrenten situaciones como vivir solos, duelo, enfermedades producto de la edad, otras genéticas e incluso crónicas y el inevitable deterioro de sus sentidos producto de la vejez.

Algunas investigaciones han identificado que los niveles de soledad se asociaban negativamente con la satisfacción vital de las personas mayores (Gow et al. 2007); esta asociación era más fuerte en los varones que en las mujeres (Zebhauser et al. 2014). En definitiva, los factores sociales parecen jugar un importante papel en la satisfacción con la vida de las personas mayores.

Soledad y la Satisfacción con la Vida. Existe evidencia empírica y científica que afirman que la satisfacción por la vida va en declive a medida que envejecemos. En un estudio realizado por Fernández et al (citado por Hernandis, 2018) indica con un porcentaje estadístico considerable que los adultos mayores de 65 a 69 años mostraron un porcentaje mayor en relación a satisfacción con la vida comparados con adultos mayores con más edad. La satisfacción por la vida también depende de la cultura en la que el individuo se desarrolla, así lo afirmaba Dehley en uno de sus informes (Dehley, citado en Hernandis, 2018).

Gow et al afirma que los niveles de soledad están asociados con el nivel de satisfacción con la vida de los adultos mayores afectando de manera negativa esta última, teniendo mayor repercusión en la población de adultos mayores varones que en las mujeres, dando por sentado que el factor social juega un rol importante en la satisfacción de vida en la vejez (Gow, citado en hernandis, 2018).

5.1.4 ¿Qué Impacto Tiene la Soledad en el Adulto Mayor?

La soledad de manera indefinida o en lapsos reincidentes de esta, puede afectar la salud mental del AM, incluso puede agravar síntomas con el que él ya esté lidiando. Además, esta influye en el progreso de condiciones óptimas que llevan al desarrollo de graves enfermedades en la salud mental, tales como la ansiedad, depresión, deterioro cognitivo y promueve la inflamación en el cerebro que conduce a la enfermedad de Alzheimer (Cummins, 2020).

La Teoría del Desarrollo de Erikson. Esta se formula desde el principio epigenético. La cual nos plantea que las personas se desarrollan en una secuencia que ocurre a medida que transcurre con el tiempo y en medio de una comunidad más amplia. Así fue como Erikson planteó su teoría de las etapas del desarrollo psicosocial, en la cual, en cada etapa emerge un conflicto que

sirve como punto de inflexión en el desarrollo personal del individuo (Erickson, 1998, citado en Cherry, 2022).

Cuando las personas entran en la etapa de la madurez media (40 a 65 años) denominada la etapa de la Generatividad vs. Estancamiento, en la cual, el adulto se centra en la búsqueda de su mundo ideal, la enseñanza y el cuidado, buscando con esto dejar un legado. las personas que fallan en su dominio pueden experimentar un estancamiento y sentir que su existencia no tuvo sentido por no haber dejado una huella en el mundo (Ricardo y Rymond, 2022).

La última etapa la cual empieza a partir de los 60 hasta la muerte, la persona hace un análisis de su vida en retrospectiva dándole una valoración a esta, la cual puede ser satisfactoria o de fracaso. Si no se supera con éxito esta etapa el adulto mayor sentirá que su vida fue un sin sentido o un rotundo fracaso, dándole paso a la desesperación. Entrando así en los conflictos de los deberías “habría”, “tal vez sí”, “podría haber sido” ... ingresando de esta manera en un debate interno entre el yo real y el yo ideal (Learning, 2022).

5.1.5 Tipos de soledad

Existen cuatro tipos de soledad desde el enfoque de vista psicológico: emocional, social, situacional y crónica. Por otro lado, en sus aportes, Young habla de la soledad desde un enfoque de duración (YOUNG, 1982):

- la soledad crónica: 2 años a más (sentimiento de insatisfacción)
- la soledad situacional: es temporal (provocada por algún tipo de duelo, la culmina cuando el individuo alcance la aceptación)
- la soledad pasajera: es la más habitual (episodios cortos de sentimientos de soledad).

Por otro lado, Weiss en 1983 en su obra titulada *the experience of emotional and social loneliness*, clasifico a la soledad desde dos dimensiones (Weiss, 1983, citado en Hernandis, 2018):

- Social: pérdida de roles sociales, proceso de duelo, jubilación, cambio de ciudad etc.
- Emocional: respuesta emocional a falta de una figura de apego

5.2 Salud Mental

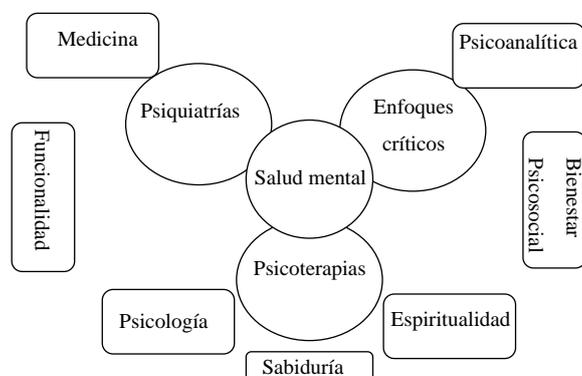
El origen de esta se atribuye a los trabajos Clifford Beers en los Estados Unidos. En 1908 publicó “Una mente que se encontró a sí misma” este libro se basó en su experiencia personal de sus ingresos en tres hospitales psiquiátricos. Libro que tuvo una gran repercusión y el mismo año se estableció una sociedad denominada higiene mental en Connecticut. El término “higiene mental” había sido sugerido a Beers por Adolf Meyer, término que ganó una gran popularidad gracias a que en 1909 se fundó la Comisión Nacional de Higiene Mental. en Francia, Sudáfrica en 1920 posterior mente cuatro años después se estableció en Italia y Hungría. Término que más tarde fue reemplazado por “Federación Mundial de Salud Mental” (Clifford, citado en Hiriart, 2018).

De esta manera, el movimiento de higiene mental inicialmente tubo una postura parapsiquiátrica enfocándose en la mejora integral de la intervención psiquiátrica. Este movimiento pretendía ampliar lo ya planteado y aceptado por lo psiquiatras más desarrollados de la época en los EE. UU, en la cual la mayoría seguían un enfoque psicoanalítico (Hiriart, 2018).

En el año 2008 en el primer congreso internacional de salud mental, el residente del Comité del Programa de Conferencias, J.C. Flugel planteo un concepto sobre esta, el cual nos dice que, la salud mental es una circunstancia que le brinda al ser humano el desarrollo óptimo de capacidades físicas, intelectual y emocional, claro, en la medida de compatibilidad con otros individuos citado por Benites (2019).

Esquema 1

Cuadro sinóptico de las fuentes del concepto de salud mental



Nota. Este esquema representa las fuentes del origen del concepto de salud mental (Hiriart, 2018).

5.3 Salud Mental y el Bienestar Psicológico

La salud mental forma parte activa de los factores que sustentan el desarrollo de la habilidades y competencias colectivas e individuales de cada individuo para la toma de decisiones, el desarrollo de relaciones y dar forma su mundo subyacente. Además, la OMS también afirma que la salud mental es un derecho indispensable para cada persona, y el mecanismo que nos guíara al desarrollo individual, colectivo y socioeconómico (citado en Geographic, 2022)

Es mucho más que la simple ausencia de trastornos mentales, así, lo plasmó la (OMS) en un informe en el año del 2022. Este es un complejo proceso, que cada individuo desarrolla de manera distinta y en diversos niveles de dificultad, además de las respuestas sociales y clínicas las cuales pueden muy diferentes (OMS, 2022).

Las personas que padecen ciertos males dentro de la salud mental son más propensas a presentar niveles bajos de bienestar mental, claro, no siempre resulta así, pues cada persona reacciona a ellos de una manera totalmente distinta, dentro de estas afecciones tenemos las siguientes (OMS, 2022):

- trastornos mentales
- discapacidades psicosociales
- estados mentales asociados a un alto grado de angustia
- discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva

5.3.1 *Factores Causales de Problemas en la Salud Mental*

Los problemas dentro de la salud mental pueden tener diferentes causas, probablemente para muchas personas exista una mezcla complida de varios de estos factores, algunos individuos se ven más afectados por dichos elementos que otras, factores que potencialmente podrían resultar en un período de mala salud mental: Trauma, negligencia médica, abuso infantil, aislamiento social, soledad, experimentar discriminación, estigma, racismo, falencia social, pobreza, deudas, duelo , estrés, problemas en el ámbito físico, pérdida o falta de empleo , falta de vivienda o vivienda pobre, cuidador por tiempo prolongado de alguien, alcoholismo y adicciones (Bird, 2017).

5.4 Salud Mental en la Vejez

Aproximadamente el 15% de los adultos mayores de 60 años padecen algún trastorno mental. Los AM, aquellos de 60 años o más, hacen contribuciones importantes a la sociedad como miembros de la familia, voluntarios y como participantes activos en la fuerza laboral. Si bien la mayoría tiene buena salud mental, muchos adultos mayores corren el riesgo de desarrollar trastornos mentales, trastornos neurológicos o problemas de consumo de sustancias, así como otras afecciones de salud como diabetes, pérdida de la audición y osteoartritis. Además, a medida que las personas envejecen, es más probable que experimenten varias afecciones al mismo tiempo.

En recientes investigaciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) pone en evidencia que los problemas en salud mental entre la población de adultos mayores es mas en personas que padecen: aislamiento social, soledad, desordenes afectivos, ansiedad, y de salud sexual entre otros (citado en Zambrano y Cherre, 2020).

En la vejez las personas nos apoyamos en nuestro vinculo de relaciones personales cercanas o nuestras figuras de apegos que por general es la familia, por ello cuando estos lazos se rompen el adulto mayor sufre haciéndolo más propenso a la soledad y ese pensamiento e inevitable sentimiento de vacío (citado en Zambrano Calozuma & Estrada Cherre, 2020). Los problemas en la salud mental también pueden surgir productos de desórdenes físicos, intervenciones quirúrgicas, además de los problemas del sueño, comportamiento, deterioro cognitivo y estados de confusión.

Salud Mental y Soledad. La soledad tiene un impacto significativo en la salud mental en un lapso de tres años, así lo planteó Sugisawa dando como resultado las siguientes patologías que trae consigo la soledad sobre la salud mental: sintomatología depresiva, deterioro cognitivo, trastornos de la personalidad y psicosis, disminución del control de los impulsos (riesgo de padecer algún tipo de adicción). La soledad influye en la interacción social real y la que se espera impidiendo ese soporte social de significativa importancia en la salud mental del adulto mayor siendo un factor de reforzamiento en la sintomatología depresiva. Si el sentimiento de soledad junto con la depresión puede llevar al desarrollo de deterioro cognitivo, y demencia.

5.4.1 Factores de riesgo

Al igual que la población en general el estrés se presenta de igual manera a lo largo del proceso de envejecimiento, es decir en la vejez. Por ello es significativo dar mucho énfasis a la salud mental del AM en su proceso de envejecimiento, más aún si este vive solo o su frecuencia de socialización es limitada (OMS, 2017).

Desencadenantes predisponentes a problemas en la salud mental en la vejez hay muchos, la OMS y la fundación mental geriátrica mencionan las siguientes: Abuso de alcohol o sustancias, enfermedad que causa demencia (enfermedad de Alzheimer), duelo o pérdida de un ser querido, enfermedad a largo plazo (cáncer o enfermedad cardíaca), dolor crónico, reacciones a medicamentos, discapacidad física o pérdida de movilidad, enfermedades físicas que pueden afectar la emoción, la memoria y el pensamiento, mala alimentación o desnutrición (Gaunt, 2021).

En un informe realizado por Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina (NASEM), se postuló que existe una relación de la soledad con la tasa de enfermedades mentales tales como: la depresión y ansiedad en adultos mayores, además, en el mismo estudio se comprobó una relación de la soledad con el riesgo de demencia con un porcentaje del 50% (Academias Nacionales de Ciencias, 2020).

Evaluación de la Salud Mental en el Adulto Mayor. El diagnóstico y tratamiento de enfermedades en la salud mental en el AM son unos de los problemas que están latentes en la actualidad por el hecho de que el anciano tiene más probabilidad de presentar síntomas físicos que psicológicos. Por tal motivo muchos mayores ni si quiera son conscientes de los problemas mentales que padecen (Gaunt, 2021).

- Tareas de la vida y actividades de cuidado personal, como vestirse, preparar comidas o usar el teléfono
- Seguridad, incluida la seguridad financiera y la conducción
- Salud física, incluidos dolor o síntomas incómodos, hospitalizaciones o pérdida del apetito
- Estado de ánimo y salud cerebral, como sentimientos de desesperanza, pérdida de interés en actividades que solían disfrutar o aislamiento
- Seguridad de los medicamentos, incluidos omitir medicamentos y efectos secundarios o síntomas preocupantes relacionados con los medicamentos.

6 MARCO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de investigación

El presente estudio de caso tiene un enfoque correlacional, esto debido a que tiene como objetivo medir el grado de relación entre la variable independiente y la variable dependiente (Sampieri y Mendoza, 2018). Por lo tanto se clarificará el nivel de realción que existe entre soledad y la salud mental de un adulto mayor de 77 años.

6.2 Enfoque de investigación

Sampieri y Mendoza (2018) postulan que el enfoque mixto se complementa por dos realidades una objetiva y la otra subjetiva, dado a que, en la investigación existen datos tantos complejos como diversos. El empleo de un solo enfoque (ya sea cuantitativo o cualitativo) sería ineficiente en la recolección de información, misma, que se desarrollará con la implementación de la entrevista semiestructurada, observación y aplicación de reactivos psicométricos para el análisis de cada variable de la problemática a tratar.

6.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información

6.3.1 Técnicas

Entrevista Semiestructurada. Su estructura es simple, por un lado, se apoya en una estructura asunto-pregunta, en la cual el entrevistador tiene la libertad de implementar preguntas extras para de esta manera obtener conceptos e información sobre el tema a tratar (las preguntas no siguen una secuencia ni estas predeterminadas). Este tipo de entrevista nos permite tener la atención del entrevistado logrando así obtener más información del tema de interés (Sampieri y Mendoza, 2018).

Esta técnica de recolección de datos se utiliza cuando el problema de estudio es muy difícil de observar no se puede observar (ya sea por su complejidad o por ética), además que nos permite obtener información individual más detallada, una falencia en la implementación de esta es que la información obtenida es percibida desde la realidad, creencias o punto de vista del entrevistado (Sampieri y Mendoza, 2018).

La observación. es un concepto muy lejano al simplemente hecho de ver (que es algo que hacemos en nuestro diario vivir), es decir, es un asunto de enfoque y de nivel. La

observación investigativa implica la utilización de todos los sentidos, no únicamente el de la vista. Esto nos permite un mejor análisis y síntesis del sujeto a observar (Sampieri y Mendoza, 2018).

En esta investigación se implementó la observación de tipo cualitativa no participante dado a que el investigador no interactúa con el fenómeno a investigar, además esta trata de que su estancia no interfiera o perturbe el objeto de estudio, puesto que de esta forma obtendremos la información de manera directa, desde la perspectiva del individuo (Arias, 2021).

Técnicas psicométricas. Es un método que nos ayudará a medir de manera precisa y objetiva las características biopsicosociales del individuo a estudiar. Esta técnica se utiliza normalmente para estudiar aspectos relacionados con la personalidad, conducta, capacidades y competencias propias del individuo; y la reacción estímulo-respuesta que presenta ante determinadas situaciones (González, 2019).

Las pruebas psicométricas se enfocan en el análisis y la medición de nuestra conducta de manera objetiva y tipificada, con una equivalencia en el momento de su aplicación y calificación, siguiendo las directrices plasmadas en el manual. teniendo como ventaja que podamos llegar a conclusiones erróneas por una mala interpretación (como en test psicometricos) (Lapasió y Ramón, 2002, citado en Alvarez, 2019).

6.3.2 Instrumentos

Cuestionario. Este está conformado por 5 preguntas las cuales tienen como propósito identificar la presencia de soledad en el adulto mayor y el análisis de su salud mental en su relación con la primera. Finalmente abriendo puerta a la entrada de la soledad en el adulto mayor durante la entrevista inicial.

Historia Clínica. la historia nos permite en la recolección de información preliminar del paciente, datos generales (su nombre, apellido, edad, estado académico, etnia, ocupación, estado civil, entre otros) además, de abarcar datos de los aspectos biopsicosociales desde su infancia hasta actualidad, esta información nos ayudará a la hora de elaborar el diagnóstico.

permite obtener una atención óptima con el paciente, resaltando así su aporte asistencial, además este instrumento profesional en el que el psicoterapeuta recopila información sustancial de la vida del paciente, dicha información es confidencial, utilizada

exclusivamente para psicodiagnóstico y la posterior elaboración del plan de intervención. apoyándose en la entrevista inicial y en las posteriores a esa para completar el llenado del documento

Ficha de Observación. este es un documento que nos permite plasmar características observadas en el momento que nos encontremos trabajando con el paciente. Aquí se registran aspectos: físicos (su vestimenta, aspecto, cuidado personal, etc), relaciones familiares, estado del lugar en el que vayamos a trabajar (verificar que el lugar sea óptimo para la realización de las actividades, sin ruido ni interrupciones); y la conducta presentada por el paciente en ese lapso de tiempo.

El llenado de esta ficha se lleva a cabo a lo largo de las sesiones en la que se plasma información que el entrevistador crea significativa, por lo cual es muy importante la habilidad del entrevistador, ya que esta se debe realizar de manera dinámica sin que el paciente se sienta presionado, para que de esta manera los datos obtenidos sean lo más puros posibles.

Escala ESTE- R. Esta es una adaptación cultural de la escala ESTE, la cual se enfoca en medir la falencia del soporte social (social, familiar, conyugal) en la población adulta mayor, así como la reacción emocional que el individuo experimenta a raíz de estas (crisis existenciales). Fue creado a base de ítems de escalas validadas y objetivas (UCLA, la ESLI, la SELSA y la escala de Satisfacción Vital de Philadelphia) (Rubio, 2010). Para su aplicación se obtuvo el reactivo del Informe de Investigación realizado por Ortiz (2018).

Tabla 1

Ítems que corresponden a cada factor de la escala

FACTORES	ITEMS
Soledad Familiar	1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21 y 28
Soledad Conyugal	3, 4, 5, 6 y
Soledad Social	15, 16, 18, 22, 23, 24 y 25
Crisis existencial	14, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33 y 34

Nota. Ítems que corresponden a cada factor de la escala ESTE-R elaboración propia

Mini Examen del Estado Mental. Esta herramienta nos permite evaluar el área de la memoria de los AM categorizando los resultados según el grado (moral, Sospecha Patológica, deterioro, demencia). Este test valora el estado mental mediante el análisis de 10 sub áreas: orientación en el tiempo y orientación en el lugar, memoria, atención y cálculo, memoria diferida, denominación, repetición de una frase, comprensión – ejecución de órdenes, lectura, escritura y dibujo. Esta es una adaptación aplicada y validada por el MIES en su programa de atención domiciliarias a AMD (adultos mayores con discapacidad).

Escalas abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Este reactivo psicométrico valora tres constructos en conjunto: depresión, estrés y ansiedad. En el 2008 Gloster realizó un estudio en AM en el cual establece puntajes de corte de las escalas DASS-21 para pacientes clínicos y también para AM sin afecciones, demostrando su eficacia y validez en la población AM. (Gloster, 2008, citado en Cabrera, 2009).

Tabla 2

subescalas evaluadas por el DASS-21

SUBESCALA	ÍTEMS
Depresión	3, 5, 10, 13,16, 17 y 21
Ansiedad	2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20
Estrés	1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18

Nota. Ítems correspondientes a cada una de las escalas a evaluar, elaboración propia

Escala de Lawton y Brody (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria). Este instrumento apareció en el año de 1969 en Philadelphia con el objetivo de evaluar la autonomía física y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Una de las ventajas que ofrece esta herramienta es que nos permite el análisis y el estudio de los ítems a nivel global e individual, permitiéndonos realizar la valoración de manera óptima y objetiva, facilitando la elaboración de un plan terapéutico acorde a las capacidades del adulto mayor. un extra es que nos permite identificar los primeros signos del deterioro en el AM.

7 Resultados

7.1 Descripción del caso

El presente estudio de caso nos presenta el análisis de la situación de un adulto mayor oriundo de la parroquia Ricaurte el cual actualmente tiene la edad de 77 años de edad. El cual Manifiesta que, desde hace un mes y medio se encuentra sin ánimos, que ya no encuentra satisfacción en las mayorías de cosas que solía hacer a diario, que hace una semana empezó a despertarse en medio de las madrugadas y que lo invade un sentimiento vacío acompañado de un sentimiento de soledad y abandono.

“No hay tristeza, este sentimiento es peor que la tristeza, es terriblemente abrumadora, tengo miedo doctor” expresó el paciente. Todo a raíz de una pequeña caída que no lo dejó caminar por dos días, en esos días el paciente se mantuvo solo en casa, no tuvo visitas por esas 48 horas a más que una llamada de sus nietos.

Manifiesta que actualmente no se siente cómodo estando en casa y sí que trata de pasar la mayor parte del tiempo ocupado, ya sea conversando con su amigo, visitando a sus nietos o salir a caminar por el parque. Su esposa murió hace años, lo cual en palabras textuales del paciente “sabe, ella era muy hermosa, amable, ella era mucho para mí, talvez... la vida lo sabía y me la quitó”.

“He pasado los días pensando que talvez me esté volviendo loco doctor, me despierto por las madrugadas y sin darme cuenta me invade un sentimiento de tristeza, siento como si fuera un perrito abandonado por la edad, al cual se le cae el pelo y solo espera el día en que su vida se acabe y se va a un rincón donde no le cause problemas a nadie; en eso, sin ser consciente me encuentro imaginándome esos quizás que nunca sucedieron y en esos talvez que no fueron”

Manifiesta que a raíz de esos episodios se encuentra con menos energía durante el día, y que el cansancio es tan fuerte que desearía quedarse en casa, pero prefiere salir que quedarse solo en casa. Sus hijas viven cerca, pero desde el fallecimiento de su esposa ellas son un poco distantes de él. Se le brindó la libertad de escoger el día en el que podríamos tener las secciones, a lo cual se decidió por los días Domingo de 10-11. Pues cuenta que esos días por alguna razón son los más tranquilos.

7.2 Sesiones

7.2.1 Primera sesión

Fecha: 29/01/2023

Empezó a las 10:00 am concluyendo a las 11:30 am. Por motivos de la edad y los peligros que le representan al adulto mayor movilizarse lejos de su hogar, las secciones se llevaron a cabo dentro de su domicilio. En esta sesión se estableció el rapport, además de centrarnos en la recolección de información para el llenado de la historia clínica. Se le realizó una pequeña entrevista semiestructurada para conocer el estado actual del paciente.

Se encontró participativo, tranquilo y sereno, sin embargo, para centrar su atención y no estresar al paciente, entre sesión se implementó una dinámica para liberar las tensiones que el adulto mayor haya acumulado durante la última media hora. La actividad lúdica tiene por nombre “tres verdades y tres mentiras” en la cual el paciente y yo escribimos en una hoja de papel tres verdades y tres mentiras; posterior a esto le entregamos el papel del uno al otro en la cual teníamos que adivinar cuales eran las verdades y cuáles eran las mentiras.

Posterior a esto, entre el dialogo; y las historias que contaba el paciente se aplicó el test ESTE-R, de una mera discreta y dinámica se logró el llenado del reactivo psicométrico. Finalizando así la primera sección. Aunque el paciente se encontraba participativo durante la sesión, en ocasiones parecía como si tuviera inseguro de contestar a ciertas interrogantes

7.2.2 Segunda sesión

Fecha 05/02/2023

En esta continuamos con el llenado de la historia clínica. El adulto mayor en una parte de la entrevista resalto algo que ya había mencionado anteriormente “hay ocasiones en que lloro mucho por las noches, este sentimiento es peor que la tristeza, es terriblemente abrumador, tengo miedo doctor” pensamientos que comenzaron hacer eco en él, desde una pequeña caída que lo incapacito por dos días.

Esa frase afectó el estado anímico del paciente por lo cual se implementó una actividad la cual nos ayudó a levantar el estado de ánimo de adulto mayor. El juego lleva por nombre “¿Quién soy?” el cual consiste en colocarse un dibujo en la frente, el dibujo tiene que ser de algún personaje importante o famoso (bomberos, policía, el ratón Mickey, payaso, etc.) y posterior a esto la persona tendrá que tratar de decirle por medio de mímica y sonidos a la persona que tenga el dibujo en su frente a que personaje pertenece.

En esta sesión el adulto mayor se encontró más participativo, más suelto y con confianza al momento de decir cómo se sentía y dar su opinión sobre el tema en cuestión. Se llevó a cabo la aplicación del test DASS-21. En el transcurso de la aplicación del reactivo el adulto se encontraba pensativo y poco desconectado.

La sesión duró una hora con 20 min, teniendo como hora de inicio 10:00 y de finalización 11:20 am. Durante la sesión se pudo observar pequeños indicadores que denotaban en el adulto mayor tristeza y preocupación.

7.2.3 Tercera sesión

Fecha: 12/02/2023

Esta sesión inicio con una dinámica que denominé “terapeuta por 15 min” en la que el adulto mayor sería el terapeuta. Dinámica que resultó efectiva, puesto que el adulto mayor formulo muchas interrogantes y al mismo tiempo demostraba conductas no observables antes las cuales hicieron que ese vínculo terapeuta paciente fuera más sólido, alcanzando así esa alianza terapéutica.

Se aplico la escala de Lawton y Brody la cual nos permitió conocer el nivel de autonomía del adulto mayor, así mismo analizar la posible existencia de síntomas que indiquen la presencia de deterioro cognitivo. Posterior se continuo con la finalización del llenado de la historia clínica mediante el empleo de la entrevista semi estructurada se pudo obtener datos que quedaron inconclusos en las visitas anteriores. Se evidencio la existencia de pensamientos negativos, sobre generalización, además de distorsiones cognitivas con una frase en particular que dijo el adulto mayor que en palabras textuales son:

“Pienso en como hubiera sido de mi vida si hubiera terminado mis estudios. Pero gracias a las personas del tiempo, aunque no soy un creyente devoto, gracias a ellos se leer y escribir, leo un poco de todo. Pienso en cómo se sentirá estar ebrio, en cómo se siente fumarse un cigarrillo, son cosas, cosas sin sentido y no puedo dejar de pensar en eso, quiero dejar de hacerlo, pero no puedo, a veces incluso pienso en cómo será el día en que me muera y eso me da mucho miedo”. Expresó el paciente, sus manos temblaban; y miraba hacia arriba. La sesión termino a las 11:34 am teniendo como hora de inicio las 10:00 am.

7.2.4 Cuarta sesión

Fecha: 19/02/2023

La sesión dio inicio como de costumbre a las 10:00 am. Aquel día el adulto mayor se encontraba viendo una serie documental en su teléfono móvil de Discovery Chanel. Parecía alegre viendo su serie mientras disfrutaba de aun de su desayuno. Aquel día se aplicó el test Mini Examen del Estado Mental, el cual nos permitió conocer de manera profunda el estado actual del estado cognitivo del adulto mayor.

El adulto mayor comentó que desde la pequeña caída, a tenido poco apetito, que él no se veía delgado antes de eso, lo cual nos indica que su porcentaje de masa corporal bajo significativamente desde aquel evento detonante. Sin embargo, comenta que hoy se sintió con mucha hambre y que ese era su segundo desayuno de hoy. Se ejecuto una pequeña inducción o capacitación sobre lo es la salud mental, primero se le preguntó al adulto si él tenía algún conocimiento o si había escuchado de las palabras salud mental. Posterior a eso se le explico la importancia y lo abarcaba la salud mental y los factores que pueden perjudicar la misma.

Durante la clase el adulto mostro mucho interés, su aspecto parecía cansado, sus ojeras eran notables, y su piel se veía un poco pálida hablaba un poco lento. Menciono que la noche anterior no pudo dormir, que se desveló. Mencionó en una ocasión anterior que el era bueno jugado con el trompo, pero lo que en esta sesión se utilizaron los últimos minutos para “jugar con el trompo”. El adulto mayor se vio entusiasmado, y a pesar de su edad y del tiempo que pasó desde la última vez que enrolló un trompo, se desenvolvió muy bien reforzando así los resultados obtenidos por el test de autonomía. Denotando que no tenía problemas sustanciales en su motricidad fina y gruesa. Esta sesión finalizó a las 11:30 am

7.2.5 Quinta sesión

Fecha: 26/02/2023

En esta sesión se procedió a socializar sobre la soledad, además de explicar cómo es que esta afecta en nuestro estado mental. El adulto como siempre estaba participativo, tranquilo, y la confianza entre los dos mejoró lo cual permitió que esta inducción se lograra de manera óptima. El adulto mayor aún se encontraba con la ropa con la que había dormido, pues comentó que se había despertado en la madrugada y volvió a conciliar el sueño alrededor de las 5 despertándose a las 8 am.

Finalizada la capacitación se le explico al adulto mayor los resultados obtenidos a lo largo de todas las sesiones. La sesión finalizo a las 11:10 am

7.3 Situaciones detectadas

Durante las sesiones se presentaron situaciones mismas que se evidenciaron mediante la implementación de la entrevista semi estructurada, historia clínica las cuales nos sirvieron como base para la obtención de datos cualitativos, misma que se valida con el discurso del paciente. Los test psicométricos nos ayudaron a la recolección de información de los aspectos globales de la salud mental del evaluado.

El test ESTE-R indica una puntuación de 34 en el área familiar siendo considerada media. Y una puntuación de 37 en el factor crisis indicando la puntuación como alta. En el factor conyugal y social arrojó resultados bajos. Dejando en evidencia la presencia del sentimiento de soledad en el AM.

El test DASS-21 nos arrojó una puntuación mayor a 14 torce en los ítems correspondiente a la depresión colocándolo en una depresión severa. En él los ítems correspondientes a la ansiedad obtuvo una puntuación de tres indicando un nivel bajo de ansiedad. Y finalmente el estrés quedo en una puntuación media. El mini mental descarto problemas de deterioro cognitivo en el adulto mayor esto con una puntuación de 28 puntos:

- **Cognitivo:** Problemas de concentración y de atención.
- **Afectivo:** Tristeza intensa, estado anímico bajo, desesperanza.
- **Pensamiento:** distorsiones cognitivas “Deberías”, pensamientos negativos, sobre generalización, pensamiento intrusivo.
- **Conductual:** Poca importancia a la interacción social.
- **Somática:** Insomnio, llanto, palidez, ojeras, perdida del apetito, cansancio físico.

Diagnóstico Estructural

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

7.4 Soluciones planteadas

Tabla 3*Propuesta de esquema Terapéutico estructurado bajo el enfoque TREC*

HALLAZGOS	META TERAPÉUTICA	TECNICA	N.º DE SESIONES	RESULTADOS ESPERADOS
Cognitivo Distorsiones cognitivas	Identificar los pensamientos irracionales y modificarlos.	Entrenamiento en detección de creencias irracionales (método ABC o ABCDEF)	2	Identificación y moldeado de pensamientos desagradables e irracionales por pensamientos más racionales
Emocional Tristeza, miedo, desesperanza, llanto, Anhedonia, soledad subjetiva	Entrenar al paciente para que pueda cambiar aquellas emociones negativas por otras más gratificantes	Imaginación racional emotiva	2	Dominio sobre la adversidad por medio de la resiliencia emocional
Conductual Poca interacción social, soledad objetiva	Entrenar al paciente en sus habilidades sociales e intrapersonales	Entrenamiento en habilidades	2	Conductas y emociones más saludables
Somático Insomnio	Conciencia propia y aceptación del presente	Meditación (mindfulness)	1	Obtención de una conciencia plena y libre de prejuicios

Nota. Plan terapéutico. Elaboración propia

8 Discusión de Resultados

El paradigma de la investigación es evidenciar en cómo influye la soledad en el la salud mental del adulto mayor, para ello el primer paso fue evaluar si realmente el paciente padecía de soledad. Posterior a ello se ejecutó una serie de pruebas las cuales ayudarían en la evaluación integral de la salud mental del adulto mayor y su posterior análisis de cómo influye la una en la otra.

Mediante los resultados obtenidos de la entrevista inicial, se corroboró la teoría de Cristine la cual en una de sus investigaciones afirma que existe dos tipos de soledad: una objetiva y la otra subjetiva, lo que weis denomina soledad social y soledad emocional. Pues si bien es cierto, que el adulto mayor viva solo, es decir, el ya experimentaba un tipo de soledad, la objetiva, este nunca llegó a experimentar la subjetiva. Dando a entender que una no depende de la otra, son dos polos opuestos e independiente el uno del otro.

El detonante fue el causante de que el paciente experimente lo que esta autora denomina soledad subjetiva, la cual es la más perjudicial de estas dos, pues, la misma, no es una que se pueda tratar mediante el reforzamiento de las relaciones sociales, aquí, al paciente, lo invade un sentimiento de soledad independientemente de que este esté solo o no. El problema radica en que estos dos tipos de soledad en conjunto son un mal potencial para la salud mental del paciente.

Los resultados del test ESTE-R nos da una visión más estructural de la soledad mediante la evaluación y el análisis de está, bajo 4 constructos de los cuales el más resaltante fue el factor “crisis existencial”, mismo en el cual el adulto mayor dio una puntuación alta. Vinculándose con el conflicto del yo real y el ideal, teniendo como factor mantenedor la soledad objetiva.

El análisis integral de la salud mental del individuo a estudiar, el cual se llevó a cabo mediante la aplicación de reactivos psicométricos para evaluar todas las áreas que engloba dicho termino: físicas, intelectual y emocional en los cuales el más resaltante fue el área cognitiva-emocional. El DASS- 21 en uno de sus factores evaluado “depresión” el adulto mayor arrojó un puntaje alto.

La afición en esta área afectaba a las demás que engloba la salud mental he inclusive este mal se convierte en un factor predisponente potencial a problemas en la salud física del

evaluado. Impidiendo así el desarrollo óptimo de sus capacidades físicas, intelectual y emocional, que según Benites es la ruta de una buena salud mental.

En contraste con lo anterior, esta área fue afectada por aquellos sentimientos e ideas distorsionadas a raíz del evento desencadenante mismo que a su vez es potenciado por la soledad objetiva y subjetiva, encontrándose en constante retroalimentación, mientras más frecuente sea la soledad subjetiva aquellos pensamientos distorsionados, sentimientos negativos y todas las complicaciones que traen consigo, esta serán más fuertes y frecuentes, siendo un factor de reforzamiento en la sintomatología depresiva, además todo este conjunto de signos y síntomas pueden desencadenar en un padecimiento más grave.

Pues si bien la soledad objetiva no tiene un gran impacto por si sola, el individuo aparte de vivir solo y de que sus relaciones sociales sean pobres, está en conjunto con lo anterior puede hacer que el adulto mayor tenga desgaste en sus habilidades intrapersonales, lo cual significaría menos interacción social de la que actualmente cuenta, mismo que en un tiempo prolongado puede acelerar el desarrollo natural de deterioro por la edad llevando a la demencia, además de problemas somáticos resultantes de esta como en el caso del paciente, el insomnio.

9 Conclusiones

Se clarifico mediante el análisis integral de la variable independiente bajo 4 constructos que el factor “crisis existencial” era el que mayor impacto tenía en el estado emocional del paciente, es decir, la soledad subjetiva fue la más significativa. Además, se llegó a la conclusión de que la soledad objetiva era la que menos impacto tuvo en el paciente, pero, cuando la soledad subjetiva entra en la ecuación, la objetiva se convierte en un factor mantenedor agravando de esta manera la psique del adulto mayor.

Mediante todo el proceso de psicodiagnóstico, se evaluó de manera secuencial la salud mental en general del adulto mayor, resultados los cuales indicaron que el adulto mayor tenía problemas somáticos, cognitivos y emocionales signos y síntomas que se asocian con la sintomatología depresiva.

El trabajo evidenció el grado de influencia de la soledad en la salud mental del adulto mayor, esta funciona como un factor detonante de pensamientos negativos los cuales conllevan a distorsiones cognitivas, pensamientos que como resultado causan sentimientos de soledad, tristeza, desesperanza, entre otros. Sintomatología que conduce al paciente a un episodio depresivo.

Además, se llegó a la conclusión de que la soledad objetiva funciona como un factor mantenedor y reforzador de aquellas distorsiones cognitivas. Por otro lado, la soledad objetiva en conjunto con la subjetiva puede causar el aceleramiento del deterioro cognitivo natural que se da por la edad; llevando al paciente a la demencia, además de que si no se valora a tiempo esta seguirá afectando e incluso esta puede agravar sintomatologías con las que el paciente ya este luchando.

Los resultados obtenidos y su posterior análisis indican que la soledad si influye en la salud mental del adulto mayor. A raíz de los resultados obtenidos se diseñó una propuesta de intervención la cual está enfocada en cada área afectada del paciente.

10 Recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos en los cual se corrobora que la soledad si influye en la salud mental del alto mayor se recomienda al adulto a asistir una consulta en conjunto con su familia, ya que el factor familiar también obtuvo una puntuación preocupante.

Se le recomienda al adulto mayor trabajar las actividades propuestas en el plan terapéutico. Para de esta manera contrarrestar y lograr el reconocimiento de aquellas emociones, pensamientos que surgen a raíz de la soledad objetiva. plan terapéutico mismo que fue estructurado bajo la TREC.

De igual manera se recomienda a los encargados de los centros gerontológicos, mies, a los cuidadores y familiares que tienen bajo su tutela a adultos mayores, valorarlos e implementar una intervención primaria, antes de que surjan problemas como los que el sujeto de estudio presenta.

La rápida detención de la soledad subjetiva puede prevenir: pensamientos distorsionados, aparición de sintomatologías depresivas y el desarrollo de las mismas, por otro lado, si no se detecta a tiempo puede influir incluso en el aceleramiento del deterioro cognitivo conduciendo a su posterior fase la “demencia”. Por ello es suma importancia la detección y la valoración de la soledad emocional en la población AM.

11 Bibliografía

- A. Cummins, R. (2020). *Loneliness through the Lens of Psychology, Neurology and Philosophy*. Springer Nature Switzerland AG.
- Naranjo Patiño, K. X. (2020). *Cualidades esenciales de análisis psicométrico del inventario de pensamientos automáticos-distorsiones cognitivas de Ruiz y Lujan, en el pilotaje de los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Paul Dirac de la ciudad de Quito en el año lectivo* .
- Pinazo Hernandis, S., & Bellegarde Nunes, M. (2018). *La soledad de las personas mayores Conceptualización, valoración e intervención*. Valencia: Estudios de la Fundación Pílares para la autonomía personal.
- Sampieri, H., & Paulina Mendoza, P. (2018). *Metodología de la investigación las rutas cualitativas, cuantitativas y mixtas* . MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V. doi:ISBN: 978-1-4562-6096-5
- Academias Nacionales de Ciencias, I. y. (2020). *Aislamiento social y soledad en adultos mayores: oportunidades para el sistema de salud* . Washington: DC: Prensa de las Academias Nacionales.
- Acosta, C. G. (2017). *Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C.*
- Aging, A. o. (2018). *Profile of Older Americans*.
- Alvarez Pérez, A. (2019). *Aplicación de pruebas psicométricas para la contratación de personal idóneo (Sistematización de Práctica Dirigida)*. UNIVERSIDAD PANAMERICANA . doi:https://www.colegiodepsicologos.org.gt/wp-content/uploads/2022/09/958a573da303-TESES_KAREN_ALEJANDRA_ALVAREZ_PEREZ_PDF.pdf
- Arias Gonzáles , J. L. (2021). *Diseño y Metodología de la Investigación*. Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú . doi:978-612-48444-2-3
- Azeredo, & Afonso. (2016). *Loneliness from the perspective of elderly*. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*.
- Benites, M. C. (2019). *La salud mental: Instrumentos para su evaluación*. TUMBES.
- Bird, J. (2017). Understanding mental health. mind for better mental health.
- Cabrera Montorio, i. (2009). *Ansiedad y Envejecimiento*. *Revista Española de Geriatria Gerontología*. doi:<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-ansiedad-envejecimiento-S0211139X09000341>

- Censos, I. N. (2018). *Plan para el Fortalecimiento de las Estadísticas del Trabajo 2018-2021*.
- Cherry, K. (2022, August 03). *Erikson's Stages of Development A Closer Look at the Eight Psychosocial Stages*. Retrieved from verywellmind: <https://www.verywellmind.com/erik-eriksons-stages-of-psychosocial-development-2795740>
- Del Pozo Barrezueta , H. (2019). *NORMAS TÉCNICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN Y CUIDADO PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES ACUERDO MINISTERIAL Nro. 094*. Editora Nacional.
- Erikson. (1998). *The Life Cycle Completed*. New York.
- Gaunt, A. (2021, July 12). *aplaceformom*. Retrieved from Early Signs and Symptoms of Elderly Mental Health Issues: <https://www.aplaceformom.com/caregiver-resources/articles/mental-illness>
- Ghebreyesus, D. T. (2022). *OMS La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*.
- González Rodríguez, A. (2019). *Las pruebas psicométricas en la contratación de personal*. TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río. doi:<https://doi.org/10.29057/estr.v6i12.4419>
- Hernandis, S. P. (2018). *La soledad de las personas mayores*. Valencia International University: Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal.
- Hiriart, G. M. (2018). *What we Talk About When we Talk About Mental Health?* REVISTA INTERNACIONAL DE FILOSOFÍA Y TEORÍA SOCIAL.
- Learning, L. (2022). *Erikson's Eight Stages* . licencia CC BY SA.
- National Academies of Sciences, E. a. (2020). *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. Washington: DC: The National Academies Press.
- National Academies of Sciences, E. a. (2020). *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. Washington, DC: The National Academies Press. doi:<https://doi.org/10.17226/25663>
- OMS. (2016). *Envejecimiento y salud*.
- OMS. (2017, diciembre 12). *Organización Mundial de la Salud* . Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

- OMS. (2022, junio 17). *Organización Mundial de la Salud* . Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Ortiz Mayorga, L. D. (2018). “*SOLEDAD Y DETERIORO COGNITIVO*”. Universidad Técnica de Ambato - Facultad de Ciencias de la Salud - Carrera de Psicología Clínica. doi:<https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/27415>
- Pinazo, D. (2018). *La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención*. Estudios de la Fundación Pilares.
- Pineda, I. D. (2015). *PLAN DE DESARROLLO Y ORDENAMIENTO TERRITORIAL 2011-2030*.
- Ricardo, & Rymond. (2022). Teoría Psicosocial de Erik Erikson. *Child Growth and Development de Paris*, 2. doi:[https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Libro%3A_Problemas_de_crianza_y_diversidad_familiar_\(Lang\)/02%3A_Teor%C3%ADa_de_la_crianza/02.13%3A_1960#:~:text=contraer%20ubicaci%C3%B3n%20global-,2.13%3A1960%3A,-Erikson](https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Libro%3A_Problemas_de_crianza_y_diversidad_familiar_(Lang)/02%3A_Teor%C3%ADa_de_la_crianza/02.13%3A_1960#:~:text=contraer%20ubicaci%C3%B3n%20global-,2.13%3A1960%3A,-Erikson)
- Rico, L. (2016). *Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries*. 2016.
- RS, W. (1973). *Soledad: La Experiencia de la Emocional y Social*. Cambridge.
- Rubio Herrera, R. (2010). *La soledad en los adultos mayores. Una alternativa de medición a través de la escala Este. G calidad de vida E*. doi:<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>
- Scalise, G. (1984). *Una medida de soledad multidimensional: la escala de calificación de soledad (LRS)*. lit Y Assessment,.
- YOUNG. (1982). *Soledad, depresión y terapia cognitiva: Teoría y aplicación*. Wiley & Sons.
- Zambrano Calozuma, P. A., & Estrada Cherre, J. P. (2020). Mental health in the elderly. *polo del conocimiento* , No 42(No 02), 20. doi:10.23857/pc.v5i2.1246

12 ANEXOS

Anexo 1: Tutorías de los avances del estudio de caso de parte del Msc. Franco Choez Xavier Eduardo.



Anexo 2: Revisión de avances del estudio de caso con el tutor académico



Anexo 3: Historia clínica del paciente

HISTORIA CLÍNICA

HC. # 001

Fecha: 13/02/2023

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: A.C.D Edad: 77 AÑOS

Lugar y fecha de nacimiento: 17/11/1947 Género: Masculino

Estado civil: Soltero Religión: evangelico Instrucción: Básica

Ocupación: Ninguna

Dirección: Ricaurte Teléfono:

XXXXXXX

Remitente:

XXXX

2. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente manifiesta que desde hace un mes y medio se encuentra sin ánimos, que ya no encuentra satisfacción en las mayorías de cosas que solía hacer a diario, que hace una semana empezó a despertarse en medio de las madrugadas y que lo invade un sentimiento vacío acompañado de un sentimiento de soledad y abandono. “No hay tristeza, este sentimiento es peor que la tristeza, es terriblemente abrumadora, tengo miedo doctor” expresó el paciente. Todo a raíz de una pequeña caída que no lo dejó caminar por dos días.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

“soy el menor de tres hermanos”, expresó el paciente. Su hermano mayor murió hace 2 años, el no tuvo hijos y su relación fue muy cercana, el hermano de en medio vive lejos, y ahora casi no tiene relación con ellos. La relación con su madre fue estrecha, pues cuenta que ella era la que pasaba la mayor parte del día con ellos, “ella era la luz de nuestros días” agregó el AM. vivían en el campo. Su papá siempre fue distante de ellos, pero nunca los agredió y respetaba las decisiones que tomaban a lo largo de su desarrollo. Sin embargo, el paciente nos cuenta que su madre enfermó cuando el aún iba a la escuela, y el dinero de papá no alcanzaba para cubrir los gastos médicos, por lo que dejó la escuela para contribuir en la recuperación de la madre. Finalmente, la madre murió cuando el aún tenía 17 años de edad, en consecuencia, el padre cayó en la bebida y murió en una pelea en un bar. “papá... era buen tipo” dijo el paciente mirando hacia arriba. Nunca llegó a conocer a sus tíos.

Un año después de la muerte de su padre, se muda a Ricaurte donde el conoce a “J”, la chica con la que él se casaría y tendría dos hijas “V” y “J”. a partir de ahí el trabajo en todo lo que podía para llevar

el pan a su hogar, cuenta que fue: albañil, electricista, garrochero en la bananera, trabajo de campo e incluso en sus días más difíciles trabajó de caramelero. Expresa que el hacía lo posible para que ellas fueran lo más feliz posible. Cuando su esposa cumplió los 40, falleció. Desde entonces sus hijas se han alejado un poco de él.

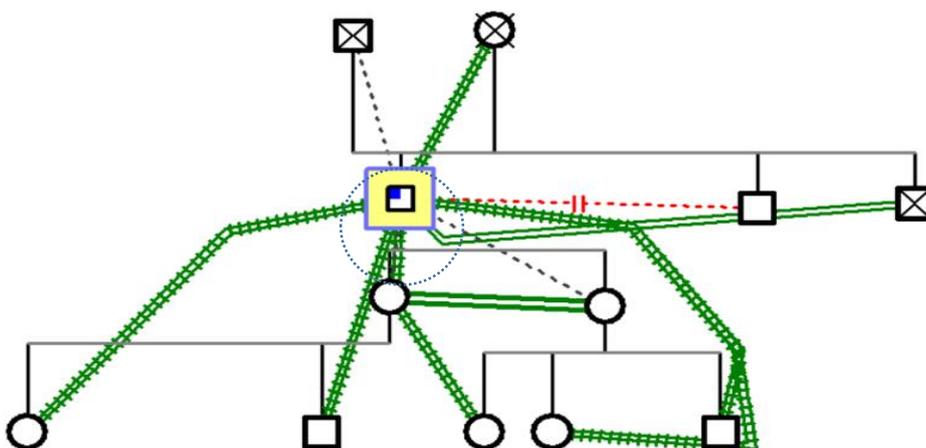
Actualmente la hija mayor tiene dos hijos y la menor tiene 3. Viven a dos cuadras de él, sin embargo, rara vez lo visitan, por lo que para verlas seguido él tiene que ir a sus casas. El paciente expresa que la relación con sus nietos es buena, que aparte de ellos no tiene a nadie más en el mundo que espere su visita como sus nietos esperan las suyas. Comenta que en ese lapso de tiempo se desconecta de los males que lo atormentan.

El paciente manifestó que él nunca tuvo un vínculo de amistades amplia por lo que actualmente no tiene muchos amigos, el único amigo cerca es el señor R que vive a la vuelta de su casa, con el convive la mayoría de los días. Conversando de su niñez y del futbol pasan sus tardes de ocio (luego de visitar a sus nietos). No tuvo vicios, pues cuenta que nunca tuvo tiempo, y todo el dinero que ganaba era para sus hijas. Actualmente sus hijas cubren sus gastos.

“Como no termine la escuela, talvez mi vida hubiera sido distinta. Hay en veces que hubiera pasado si terminaba la escuela”, comentó entre dientes el paciente. Comenta además que ha tenido mucho de esos tipos de pensamientos, que, a pesar de salir a distraerse, no deja de sentirse solo. Y que cuando peor se siente es cuando llega a su casa y el sonido del silencio lo invade. Debido a su religión, aprendió a leer gracias a los miembros del templo que le enseñaron, y ahora gracias a eso lee de todo un poco.

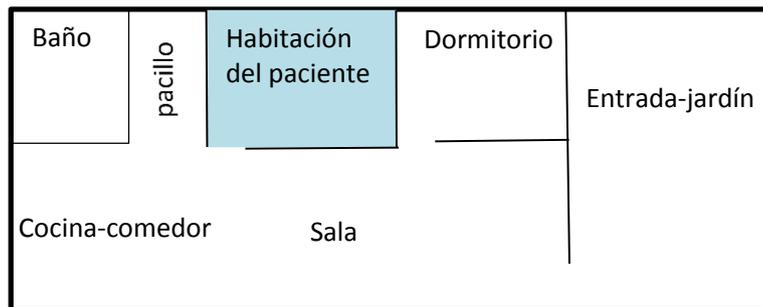
1. ANTECEDENTES FAMILIARES

El adulto mayor actualmente vive solo desde la muerte de su esposa, en aquel entonces ellos eran una familia nuclear. En la familia de origen, creció y se desarrolló con ambas figuras paternas y 2 hermanos hasta la edad de 18 años se mudó a Ricaurte en consecuencia de la muerte de sus padres. No se muestran o se desconocen antecedentes psicopatológicos familiares



Indicadores emocionales: la relación con su mamá fue muy buena y significativa en su vida, la relación con su papa fue indiferente pero buena. Sus hijas se mantienen un poco distantes del, pero lo apoyan económicamente para sus gastos, la relación con sus nietos es de gran importancia en la actualidad, junto con la relación de amistad que mantiene con su vecino y amigo el señor R.

2. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



5. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS (Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.)

Embarazo normal sin complicaciones, parto normal, lactancia normal, sus primeros pasos fueron a la edad de 1 año dos meses, sus primeras palabras las pronunció al año 6 meses. Control de esfínteres tres años y medio, siempre fue independiente

ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

Solo fue a la escuela, pero se retiró por la enfermedad de su mamá.

6.2. HISTORIA LABORAL

Empezó desde que era un niño a trabajar en el campo para poder apoyar a su mama, luego trabajo en todo tipo de trabajos hasta la edad de 70 años. Actualmente sus hijas lo apoyan económicamente

6.3. **ADAPTACIÓN SOCIAL** nunca tuvo problemas para socializar y hacer amigos, pero con el paso del tiempo fue perdiendo el interés en las personas y poco a poco su círculo social se redujo mucho con el paso de los años. Su buen amigo lo conoció cuando el se mudó a Ricaurte, actualmente vive a la vuelta de su casa donde se reúnen casi a diario.

6.4. **USO DEL TIEMPO LIBRE (OCIO, DIVERSIÓN, DEPORTES, INTERESES).** Tiene un teléfono en donde sus ratos de ocios ven el futbol con su amigo entre otras cosas, de vez en cuando le escribe la familia de su hermano y la actividad que más disfruta es jugar con sus nietos.

6.5. **AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD** siempre fue una persona que aparentaba ser muy

seria, sin embargo, siempre fue muy cariñoso con sus hijas y esposa; actualmente con sus nietos. Su vida sexual empezó a los 15 y estuvo con varias chicas en el campo antes de conocer a su esposa.

6.6. **HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)** nunca consumió alcohol, drogas, ningún tipo de sustancia psicodélica, pero ama el café, al punto que lo toma cada vez que puede

6.7. **HISTORIA MÉDICA.** Sin complicaciones, solo tiene leves dolores en sus articulaciones en ocasionases

6.8. **HISTORIA LEGAL.** No presenta antecedente legales

6.9. **PROYECTO DE VIDA.** “pasar el mayor tiempo posible con sus nietos”

4. **EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL**

7.1. **FENOMENOLOGÍA** (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje) su cuidado personal es notable, peinado, ropa limpia pero algo gastada, su estructura ósea da a entender que es de estructura ectomorfa, se mostraba sereno durante la entrevista.), su postura era erguida para su edad,

7.2. **ORIENTACIÓN** Orientación alopsíquica y auto psíquica sin alteración

7.3. **ATENCIÓN.** durante la entrevista inicial se pudo observar que tenía intervalos de distraibilidad, comenta que en sus noches de insomnio hay ocasiones en las que se pierde en sus pensamientos.

7.4. **MEMORIA** ligera alteración en el área de la memoria semántica y en su memoria operativa o de trabajo

7.5. **INTELIGENCIA** ligera alteración.

7.6. **PENSAMIENTO** distorsiones cognitivas “Deberías”, pensamientos negativos, sobre generalización, pensamiento intrusivo.

7.7. **LENGUAJE** No presenta alteraciones

7.8. **PSICOMOTRICIDAD** No presenta alteraciones

7.9. **SENSOPERCEPCION** No presenta alteraciones

7.10. AFECTIVIDAD Sentimiento de soledad, desamparo, fragilidad, miedo, Anhedonia

7.11. JUICIO DE REALIDAD Sin alteraciones

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Es consciente y he identifica la diferencia en las que se sentía antes a como ahora siente.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS. Sin alteración

5. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

Escala ESTE-R.

Mini Examen del Estado Mental.

Escalas abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).

Escala de Lawton y Brody (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria).

MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Problemas de concentración y de atención	. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
Afectivo	Tristeza intensa, estado anímico bajo, desesperanza	
Pensamiento	distorsiones cognitivas "Deberías", pensamientos negativos, sobre generalización, pensamiento intrusivo	
Conducta social - escolar	Poca importancia a la interacción social	
Somática	Insomnio, llanto, palidez, ojeras, pérdida del apetito, cansancio físico.	

9.1. Factores predisponentes: soledad objetiva

9.2. Evento precipitante: caída hace un mes y medio

9.3. Tiempo de evolución: 1 mes y medio

6. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

7. PRONÓSTICO

No Favorable

8. RECOMENDACIONES

Trabajar con técnicas de la Terapia **Racional emotiva** conductual adaptadas para el adulto mayor.

Esquema terapéutico

HALLAZGOS	META TERAPÉUTICA	TECNICA	N.º DE SESIONES	RESULTADOS ESPERADOS
Cognitivo Distorsiones cognitivas	Identificar los pensamientos irracionales y modificarlos.	Entrenamiento en detección de creencias irracionales (método ABC o ABCDEF)	2	Identificación y moldeado de pensamientos desagradables e irracionales por pensamientos más racionales
Emocional Tristeza, miedo, desesperanza, llanto, Anhedonia, soledad subjetiva	Entrenar al paciente para que pueda cambiar aquellas emociones negativas por otras más gratificantes	Imaginación racional emotiva	2	Dominio sobre la adversidad por medio de la resiliencia emocional
Conductual Poca interacción social, soledad objetiva	Entrenar al paciente en sus habilidades sociales e intrapersonales	Entrenamiento en habilidades	2	Conductas y emociones más saludables
Somático Insomnio	Conciencia propia y aceptación del presente	Meditación (mindfulness)	1	Obtención de una conciencia plena y libre de perjuicios

Anexo 4: Ficha de observación

FICHA DE OBSERVACIÓN N° ____

1. **DATOS GENERALES**

Nombre	:	_____
Sexo	:	_____
Edad	:	_____
Instrucción	:	_____
Tiempo de Observación	:	_____
Fecha	:	_____
Nombre del observador	:	_____

2. **DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN**

Descripción física y vestimenta	Descripción del ambiente	Descripciones del comportamiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. **Comentario**

Anexo 5: Escala ESTE-R

ESCALA ESTE-R

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____

FECHA: _____

Escolaridad: _____

Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	No tiene una opinión definida o depende de la circunstancia	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

Instrucciones: Leer las afirmaciones que se presentan a continuación y seleccionar marcando con una X una de las 5 alternativas, teniendo en cuenta la descripción en la tabla de arriba, que mejor se adecua para cada una de las afirmaciones.

Ítems	Afirmaciones	Alternativas				
		1	2	3	4	5
1	Me siento solo/a	1	2	3	4	5
2	Ya no tengo a nadie cerca de mí	1	2	3	4	5
3	Tengo a alguien que comparte su vida conmigo	1	2	3	4	5
4	Tengo compañía sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito	1	2	3	4	5
5	Le quiero a alguien que me quiere	1	2	3	4	5
6	Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales	1	2	3	4	5
7	Favorezco a que mi pareja sea feliz	1	2	3	4	5
8	Me siento solo/a aunque esté con mi familia	1	2	3	4	5
9	Ningún familiar se preocupa por mí	1	2	3	4	5
10	No hay nadie en mi familia que me preste su apoyo	1	2	3	4	5
11	Realmente me preocupo por mi familia	1	2	3	4	5
12	Siento que pertenezco a mi familia	1	2	3	4	5
13	Me siento cercano/a a mi familia	1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	No tiene una opinión definida o depende de la circunstancia	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo		
1	2	3	4	5		

Ítems	Afirmaciones	Alternativas				
14	Lo que es importante para mí no parece importante para la gente que conozco	1	2	3	4	5
15	No tengo amigos/as que compartan mis opiniones	1	2	3	4	5
16	Mis amigos/as entienden mis intenciones y opiniones	1	2	3	4	5
17	Me encuentro a gusto con la gente	1	2	3	4	5
18	Tengo amigos/as a los/as que recurrir cuando necesito consejo	1	2	3	4	5
19	Me siento aislado/a	1	2	3	4	5
20	Mis amigos/as y familiares suelen no entenderme	1	2	3	4	5
21	Mi familia es importante para mí	1	2	3	4	5
22	Me gusta la gente con la que salgo a distraerme	1	2	3	4	5
23	Cuento con mis amigos/as si necesito	1	2	3	4	5
24	No me siento conforme con los/as amigos/as que tengo	1	2	3	4	5
25	Tengo amigos/as con los/as que comparto mis opiniones	1	2	3	4	5
26	Estoy preocupado/a porque no puedo confiar en nadie	1	2	3	4	5
27	No siento apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas	1	2	3	4	5
28	No me siento importante para nadie	1	2	3	4	5
29	Siento que no soy interesante	1	2	3	4	5
30	A medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas más difíciles para mí	1	2	3	4	5
31	Me molestan más las cosas pequeñas que antes no	1	2	3	4	5
32	Siento que a medida que me voy haciendo mayor soy menos útil	1	2	3	4	5
33	A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida	1	2	3	4	5
34	Tengo miedo de muchas cosas	1	2	3	4	5

Normas de corrección: La puntuación en cada uno de los factores se obtiene sumando la puntuación de los ítems correspondientes al factor, teniendo en cuenta que los ítems sombreados tienen la puntuación invertida, de manera que las puntuaciones serán desde Nunca=5 hasta Siempre=1 en esos casos (la modificación de los ítems condujo a su inversión).

Normas de corrección de la escala ESTE-R

Factor	Ítems	Puntuación
Soledad Familiar	1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 28	
Soledad Conyugal	3, 4, 5, 6, 7	
Soledad Social	15, 16, 18, 22, 23, 24, 25	
Crisis existencial	14, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34	

Puntos de corte para evaluar el grado de soledad en cada factor

	Soledad Familiar	Soledad Conyugal	Soledad Social	Crisis existencial
Baja	14 a 32	5 a 11	7 a 16	9 a 20
Media	33 a 51	12 a 18	17 a 26	21 a 33
Alta	52 a 70	19 a 25	27 a 35	36 a 45

Anexo 6: Mini Examen del Estado Mental

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL ¹ (Folstein et al. 1975) FICHA N° 3c					
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:	
Nombre de la Unidad de Atención:					
Edad	Años:	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por:	
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO				0	1
En qué Día estamos (fecha):					
En qué mes:					
En qué año					
En qué día de la semana					
¿Qué hora es aproximadamente?					
PUNTUACIÓN (máx. 5)					
ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO				0	1
¿En qué lugar estamos ahora?					
¿En qué piso o departamento estamos ahora?					
¿Qué barrio o parroquia es este?					
¿En qué ciudad estamos?					
¿En qué país estamos?					
PUNTUACIÓN:(máx. 5)					
MEMORIA					
CONSIGNA: “Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita”.					
*Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo, luego pídale a persona adulta mayor, que las repita. Otorgue un punto por cada respuesta correcta. Se repiten las palabras hasta que la persona se las aprenda (máx. 6 ensayos) pero únicamente se puntúa la primera repetición o ensayo.					
				0	1
Papel					
Bicicleta					
Cuchara					
PUNTUACIÓN: (máx. 3)					

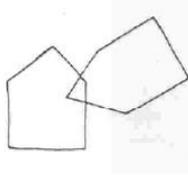
¹ Tomado de: Reyes, S., Beaman, P, García-Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A. y Jagger, C. (2004). Validation of a modified version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. Aging Neuropsychology and Cognition, 11, 1-11



Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

ATENCIÓN Y CÁLCULO:		
CONSIGNA: "Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100".	0	1
93		
86		
79		
72		
65		
PUNTUACIÓN: (máx. 5)		
MEMORIA DIFERIDA		
CONSIGNA: "Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio".	0	1
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		
DENOMINACIÓN		
	0	1
Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?		
Mostrarle un reloj y preguntar ¿qué es esto?		
PUNTUACIÓN: (máx. 2)		
REPETICIÓN DE UNA FRASE		
CONSIGNA: "Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo se la puedo decir una vez, así que ponga mucha atención".	0	1
"ni sí, ni no, ni pero"		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
COMPRENSIÓN – EJECUCIÓN DE ORDEN		
CONSIGNA: "Le voy a dar unas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que las voy a decir. Solo las puedo decir una vez": "TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO"		
	0	1
Tome este papel con la mano derecha		
Dóblelo por la mitad		
Déjelo en suelo		
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		
LECTURA.		
	0	1
Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale a la persona adulta mayor que lo lea y que haga lo que dice la frase		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
ESCRITURA.		
	0	1
CONSIGNA: "Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje"		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
COPIA DE UN DIBUJO.		
	0	1
CONSIGNA: "Copie por favor este dibujo tal como está"		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		

PUNTUACIÓN TOTAL: (máx. 30 puntos)



FIRMA DEL EVALUADOR

PUNTUACIONES DE REFERENCIA:

27- 30	Normal
24 - 26	Sospecha Patológica
12-23	Deterioro
9-11	Demencia

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO ATENDIENDO A LA EDAD Y NIVEL DE ESTUDIOS

En el caso de que la aplicación del presente test se realice a personas adultas mayores en condición de analfabetismo o con bajo nivel de escolaridad, se debe adaptar la puntuación utilizando la siguiente tabla

Escolaridad	Edad (años)		
	Menos de 50	51-75	Más de 75
Menos de 8 años de estudio	0	+1	+2
De 9 a 17 años de estudio	-1	0	+1
Más de 17 años de estudio	-2	-1	0

* En estos casos lo que se debe hacer es tomar la puntuación total y sumar o restar los valores indicados en la tabla tomando en cuenta la edad y el nivel de estudios o escolaridad de la persona adulta mayor. Y se procede a comparar este resultado con las puntuaciones de referencia. Por ejemplo:

Si el usuario tiene 78 años de edad, un nivel de 4 años de estudios y obtuvo una puntuación final de 22 puntos, tomando en cuenta lo indicado en la tabla se le debe sumar 2 puntos a su puntuación final que le daría un total de 24 puntos que dentro de las puntuaciones de referencia corresponde a un estado de sospecha patológica.

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación *durante la semana pasada*. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo....	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21)

Referencia original: Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10*, 176-181. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.176

Validación en Colombia: Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 17*, 97-105.

Modo de corrección: el DASS-21 posee tres subescalas, Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Para evaluar cada subescala por separado, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una. Pueden obtenerse un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems.

Interpretación: a mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología.

Puntos de corte comúnmente utilizados:

Depresión:

5-6 depresión leve
7-10 depresión moderada
11-13 depresión severa
14 o más, depresión extremadamente severa.

Ansiedad:

4 ansiedad leve
5-7 ansiedad moderada
8-9 ansiedad severa
10 o más, ansiedad extremadamente severa.

Estrés:

8-9 estrés leve
10-12 estrés moderado
13-16 estrés severo
17 o más, estrés extremadamente severo.

Anexo 8: Escala de Lawton y Brody (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria).

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

ESCALA DE LAWTON Y BRODY (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA) ¹				
FICHA N° 3b				
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad	Años:	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por:
<p>A continuación encontrará 8 ítems correspondientes a actividades instrumentales de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincide con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.</p>				
1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:				
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia				1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares				1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar				1
- No utiliza el teléfono				0
2. HACER COMPRAS:				
- Realiza todas las compras necesarias independientemente				1
- Realiza independientemente pequeñas compras				0
- Necesita ir acompañado para cualquier compra				0
- Totalmente incapaz de comprar				0
3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA				
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente				1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes				0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada				0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas				0
4. CUIDADO DE LA CASA				
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)				1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas				1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza				1
- Necesita ayuda en todas las labores de casa				1
- No participa en ninguna labor de la casa				0
5. LAVADO DE LA ROPA				
- Lava por sí solo toda la ropa				1
- Lava por sí solo pequeñas prendas				1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro				0

¹ Tomado de: Trigués-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72 (1):11-16 Recibido: 15/10/2011; Aceptado:03/01/2011

6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	0
- No viaja	0
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	1
- Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos	1
- Incapaz de manejar dinero	0
TOTAL:	

Puntuación total: 8 puntos.

En mujeres (8 funciones):	En hombres (5 funciones):
Dependencia total 0-1 Dependencia grave 2-3 Dependencia moderada 4-5 Dependencia ligera 6-7 Autónoma 8.	Dependencia total 0 Dependencia grave 1 Dependencia moderada 2-3 Dependencia ligera 4 Autónomo 5.

*La diferencia de puntaje se da porque en las tareas domésticas es donde más se nota la tradición, las mujeres que son ahora adultas mayores, han tenido mayor responsabilidad a la hora de cocinar, lavar la ropa y arreglar la casa o hacer el aseo de la misma. Es por ello que, en las respuestas más independientes de cada uno de estos ítems, son las mujeres las que poseen mayor porcentaje y tiene un mayor nivel de organización para su realización. En cambio, algunos hombres necesitarían ayuda de otra persona o supervisión, para realizar estas actividades y esto no está relacionado con su nivel de dependencia o independencia sino más bien con su tradición cultural. ²

Las 5 funciones valoradas en hombres son:

1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:
2. HACER COMPRAS:
6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:
8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO

FIRMA DEL EVALUADOR

² Tomado de: Acosta G. María C. (2013). Capacidad funcional en las personas mayores según el género. (Trabajo de fin de grado). Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4794/4/tfg-h8.pdf>