



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



**DOCUMENTO PROBATORIO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

PROBLEMA:

**ABANDONO FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN LA DEPRESIÓN DE UN
ADULTO MAYOR DE 77 AÑOS DEL CANTÓN CALUMA**

AUTOR:

REA BARRAGÁN MARÍA BELÉN

TUTOR:

MSC. MORÁN MURILLO GLORIA ADELINA

BABAHOYO - LOS RIOS - ECUADOR

2023

ÍNDICE

CARATULA	¡Error! Marcador no definido.
ÍNDICE	II
RESUMEN.....	V
ABSTRACT	VI
CONTEXTUALIZACION	¡Error! Marcador no definido.
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
2. JUSTIFICACIÓN	2
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	3
3.1. Objetivo General.....	3
3.2. Objetivos Específicos	3
4. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	3
5. MARCO CONCEPTUAL	4
5.1. Abandono familiar	4
5.1.1 Tipos de abandono	5
5.1.2 Causas del abandono	6
5.1.3 Consecuencias del abandono.....	7
5.2. Depresión.....	7
5.2.1 Causas de la depresión.....	8
5.2.2 Consecuencias de la depresión.....	9

5.2.3	Tipos de depresión	9
5.3	Factores familiares que inciden en el abandono familiar y como afectan en la aparición de síntomas depresivos en el adulto mayor.	11
6.	MARCO METODOLÓGICO.....	12
6.1.	Tipo de investigación	12
6.2.	Enfoque de la investigación.....	12
6.3.	TÉCNICAS.....	12
6.3.1.	Entrevista Semi-estructurada.....	12
6.3.2.	Observación Clínica	13
6.3.3.	Historia Clínica	13
6.3.4.	Como los Pensamientos Crean Sentimientos	14
6.4.	INSTRUMENTOS	14
6.4.1.	Ficha Clínica	14
6.4.2.	Guía de observación	14
6.4.3.	Escala de depresión geriátrica de Yesavage: GDS-VE.....	14
7.	RESULTADOS.....	16
7.1.	Descripción del caso.....	16
7.2.	Sesiones	16
7.2.1.	Primera sesión	16
7.2.2.	Segunda sesión	17

7.2.3. Tercera sesión.....	17
7.2.4. Cuarta sesión	17
7.2.5. Quinta sesión	18
7.3. Situaciones detectadas	18
Área cognitiva.....	19
Área afectiva	19
Área conductual-social.....	19
Área somática	19
7.4. Soluciones planteadas	20
8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	22
9. CONCLUSIONES.....	24
10. RECOMENDACIONES.....	25
11. REFERENCIAS.....	26

RESUMEN

El presente estudio de caso se realizó a un adulto mayor de 77 años que reside en el cantón con el objetivo de establecer la incidencia del abandono familiar en la depresión del adulto mayor. Los síntomas observados incluyen una pérdida significativa de concentración, persistente tristeza y una serie de problemas somáticos, como aumento de sueño y disminución del apetito. A través de evaluaciones diagnósticas, se llegó al diagnóstico de trastorno depresivo mayor según los criterios del DSM-5.

Para llevar a cabo este complejo cuadro clínico, se implementó un enfoque terapéutico integral centrado en modificar los patrones de pensamiento negativo, con la meta de mejorar tanto su salud mental como física. Dadas las circunstancias del paciente, que carece de familiares cercanos, se da recomendaciones para familiares lejanos quienes pueden involucrarse, además de la búsqueda de apoyo comunitario. Además, se utilizó la ficha técnica como herramienta para organizar y documentar sistemáticamente los datos relevantes del caso, ilustrando así la incidencia del abandono familiar en la depresión en el contexto de un adulto mayor.

Palabras claves: Abandono familiar, Depresión, Adulto mayor.

ABSTRACT

The present case study was carried out on an adult over 77 years of age who resides in the canton with the objective of establishing the incidence of family abandonment in depression in the elderly. The symptoms observed include a significant loss of concentration, persistent sadness and a series of somatic problems, such as increased sleep and decreased appetite. Through diagnostic evaluations, a diagnosis of major depressive disorder was reached according to DSM-5 criteria.

To carry out this complex clinical picture, a comprehensive therapeutic approach was implemented focused on modifying negative thinking patterns, with the goal of improving both mental and physical health. Given the patient's circumstances, who lack close family members, recommendations are given for distant family members who may be involved, in addition to seeking community support. In addition, the technical sheet was used as a tool to systematically organize and document the relevant data of the case, thus illustrating the incidence of family abandonment in depression in the context of an older adult.

Key words: Family abandonment, Depression, Older adults.

CONTEXTUALIZACIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un estudio el cual fue publicado en la revista médica The Lancet, con apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), manifestó que el 16% de los adultos mayores de 60 años han llegado a ser víctimas de abandono y abuso tanto psicológico, financiero, físico y sexual. En 28 países de diferentes regiones, entre los cuales encontramos 16 naciones en desarrollo, el abuso de las personas de edad avanzada ha ido en aumento. Según la OMS, si las cifras siguen en aumento, se incrementará exponencialmente el número de las personas afectadas, llegando así aproximadamente a los 320 millones de víctimas (OMS, 2017).

En el Ecuador los adultos mayores (AM) son considerados a partir de los 65 años de edad, existen aproximadamente 1.121.286 adultos mayores en todo el país, de los cuales 493.365 han sido víctimas de maltrato. El abandono familiar, despojo del patrimonio y maltratos son las principales formas de violencia de las cuales sufren hoy en día los adultos mayores. podemos decir así, que la violencia que cada día sufre el adulto mayor en el ámbito familiar es la generadora de la mayor parte de problemas físicos y psicológicos, llevando al adulto mayor a deprimirse (Tenorio, 2023)

En el Cantón Caluma provincia Bolívar se identificó el caso de un adulto mayor en situación de abandono, al cual su familia había dejado desamparado desde ya algunos años, teniendo presente que tiene 3 hijos y su esposa el cual falleció hace algunos años. Esto a traído grandes consecuencias en la vida del adulto mayor el cual presenta signos de tener una posible depresión. Surgiendo la problemática: ¿Cómo incide el abandono familiar en la depresión de un adulto mayor de 77 años del cantón Caluma?

2. JUSTIFICACIÓN

La importancia radica en su capacidad para arrojar luz sobre un tema crítico y cada vez más relevante en la sociedad contemporánea: la relación entre el abandono familiar y la depresión en los adultos mayores. Al profundizar en esta dinámica compleja, el estudio tiene el potencial de contribuir al conocimiento científico, proporcionar orientación práctica para la atención de la salud mental de los adultos mayores y promover la sensibilidad en la comunidad sobre la importancia de brindar apoyo emocional a esta población vulnerable.

Por lo tanto, el beneficiario directo es el adulto mayor con el cual se trabajará, su participación, permitirá obtener una mayor comprensión sobre su experiencia personal sobre el abandono familiar y como afectado a su salud mental, proporcionando así una mayor atención para una mejora en su calidad de vida y bienestar emocional. A su vez el beneficiario indirecto sería la familia y la comunidad en general, los estudios de este caso pueden arrojar conciencia sobre el abandono familiar y la depresión en los adultos mayores, lo que podría generar, programas de apoyo y servicios de salud, lo cual puede beneficiar a otros adultos mayor, para brindar una mayor conciencia sobre el problema y desarrollar estrategias para prevenir o abordar el abandono familiar y sus consecuencias en la salud mental.

Su trascendencia se sustenta en su capacidad para aportar una contribución significativa al conocimiento científico y a la salud pública al examinar empíricamente la relación entre los factores familiares, particularmente el abandono, y la incidencia de síntomas depresivos en el adulto mayor. Permitiendo proporcionar una base sólida para la formulación de políticas de salud pública y programas de intervención específicos, con el objetivo de mejorar el bienestar emocional de esta población, al tiempo que se aborda una preocupación relevante y actual en el contexto del envejecimiento demográfico.

Este estudio de caso es factible contando así con las herramientas necesarias para su realización como es el consentimiento de los familiares del adulto mayor, la disponibilidad y cooperación del adulto para llevar a cabo la investigación, los instrumentos y técnicas adecuadas a implementar para la recopilación de datos de una manera efectiva, con el objetivo de generar soluciones para mejorar su calidad de vida y su salud mental.

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3.1.Objetivo General

- Establecer la incidencia del abandono familiar en la depresión de un adulto mayor de 77 años del Cantón Caluma

3.2.Objetivos Específicos

- Realizar una investigación bibliográfica acerca del abandono y la depresión.
- Evaluar el grado de depresión utilizando el instrumento psicométrico.
- Elaborar un esquema terapéutico adecuado para abordar la depresión y mejorar la calidad de vida del adulto mayor

4. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de caso llevo a cabo las siguientes pautas establecidas por la Universidad Técnica de Babahoyo, en el marco de la carrera de psicología con la línea de investigación clínica y forense y una sub línea de evaluación psicológica y forense. Esto se debe a que el presente estudio se enfoca en el tema del abandono familiar y su incidencia en la depresión en un adulto mayor

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1. Abandono familiar

La familia es considerada el grupo primario por excelencia, dado que el individuo desde su nacimiento, se encuentra inmerso en él, siendo el lugar donde se desarrollan experiencias y habilidades, útiles para la vida en todos los ámbitos de su existencia. Desempeña un papel fundamental al proporcionar apoyo emocional a los miembros que la conforman, en este caso al adulto mayor, las relaciones familiares y el nivel de apoyo afectivo pueden repercutir en la salud mental del adulto mayor.

Cada miembro del grupo familiar tiene roles específicos que llevar a cabo, en cualquier caso, con derechos y deberes que cumplir para el desarrollo y armonía de la convivencia dentro del hogar. Los derechos de los miembros incluyen el cuidado y la protección que son brindados no solo por el estado ecuatoriano, sino también por los mismos miembros, especialmente por las personas adultas o en mejores condiciones de salud, social o económica hacia los miembros en condiciones de indefensión o vulnerabilidad, como lo son los niños, adultos mayores o personas con algún tipo de discapacidad que sean parte de la familia.

Existen situaciones en las que uno o varios miembros de la familia que tienen la capacidad y los recursos para asumir y cumplir con la responsabilidad del cuidado y protección de uno de los demás integrantes del núcleo familiar deciden alejarse de ellos o separarlos del hogar, dejándolos en soledad, desamparo y abandono; especialmente cuando este es un adulto mayor, llegando a convertirse esta situación en una problemática de consideración.

El abandono es la falta de atención a una persona que depende de otra por lo cual se tiene alguna obligación legal o moral, o la falta de atención a una persona que depende de otra. Es una de las formas más extremas de abuso y puede ser deliberado o no. (OMS, 2023) Podemos decir así que el abandono familiar del adulto mayor se define, como la negligencia, descuido por acción u omisión por la familia, reflejando una problemática en el día a día. Situaciones como estas surgen a partir de la culminación de la vida laboral del adulto mayor, perdiendo así su sustento económico, convirtiéndose en una carga debido a los gastos que genera. El abandono presenta una vulnerabilidad en las necesidades básicas del individuo, como la alimentación, salud, cuidados, higiene y vivienda, así también el abandono emocional o psicológico el cual hace referencia a la falta de afecto y ausencia de contacto físico. (Osorio, 2007)

La etapa de la adultez requiere ciertos cuidados, en donde involucra a la familia a brindar ciertas atenciones especiales, al no sentirse en condiciones de asumir las responsabilidades, en las que la frustración, la ansiedad, la ira y el estrés debido a la atención que necesita, conlleva a que las familias sean disfuncionales, originado signos de maltrato de parte del cuidador, influyendo en el abandono, permitiendo que muchos de estos casos terminen en un adulto en situación de calle (Caballero y Remolar, 2000). En la actualidad el abandono familiar es una problemática causada por problemas intrafamiliares, alcohol, drogas, problemas económicos, no tener apoyo u hogar, genera la pérdida de las interacciones sociales de esta población.

Según Fuentes. R, y Castillo.F (2016) las instituciones (asilos y hospitales), los centros comerciales y otros lugares públicos son los lugares más frecuentes donde se abandonan a los adultos mayores.

5.1.1 Tipos de abandono

El abandono del adulto mayor por parte de los familiares se puede presentar de diferentes maneras, entre las cuales se puede mencionar tenemos: el abandono total, abandono parcial y abandono físico.

El abandono total consiste en el hecho de que el adulto mayor no tiene a nadie que lo cuide y que atienda sus necesidades básicas, razón por la cual se ven obligados a depender de la sociedad que les brinda caridad, limosnas o donaciones (Fraga, 2018). Se caracteriza por una total negligencia y falta de apoyo físico y mental por parte de la familia y seres queridos hacia la persona. Entre ellos se incluyen la falta de los servicios básicos, el abandono médico, económico, desvinculación emocional, aislamiento social, la exclusión de las decisiones familiares, y en ciertas ocasiones el abandono físico en entornos inadecuados. Representando un riesgo en gran manera en la salud y bienestar de las personas mayores, puede tener implicaciones legales en muchos lugares. Su detección y control temprano es fundamental para poder asegurar la atención y cuidado de esta población vulnerable.

El abandono parcial, es más evidente en las familias que presentan las posibilidades de pagar una estancia privada, aportando una pensión y el adulto mayor, prácticamente queda internado en aquel lugar, rompiéndose la relación familiar, con el adulto viéndose así cada vez más apartado, mayormente los familiares hacen sus visitas irregularmente, dando paso a que el adulto

mayor se sienta cada vez más solo. En el caso de familias con bajos recursos económicos, no teniendo la posibilidad de pagar estancias privadas, recuren a hogares públicos, siendo su propósito el de albergar al adulto mayor.

Por último del abandono físico, se puede ver reflejado en los familiares que solo pagan la mensualidad correspondiente en un hogar privado que donde cuidan del adulto mayor y no lo cuidan físicamente pueden mostrar este tipo de abandono. En las familias con bajos recursos, los adultos mayores son completamente abandonados, dando paso a que existan personas adultas mayores indigentes. La interacción de factores como genéticos, fisiológicos y ambientales (experiencias pasadas y presentes) es la base de cualquier comportamiento, ya sea normal o perturbador, según los psicólogos actuales (Belesaca y Buele, 2016).

Es así que el adulto mayor enfrenta una variedad de estados psicológicos durante la tercera edad como resultado de la combinación de factores físicos, psicológicos y sociales, incluso si enfrenta circunstancias adversas como el abandono. Por lo tanto la presencia de cambios anímicos que se asocian con enfermedades mentales como la ansiedad y la depresión.

5.1.2 Causas del abandono

El abandono familiar hacia el adulto mayor es una problemática compleja que puede tener raíces en diversas causas interrelacionadas. Dificultades económicas desempeñan un papel muy significativo, la falta de recursos financieros lleva a que las familias no sean capaces de proporcionar el nivel de atención y apoyo que un adulto mayor necesita. Los costos asociados con la atención médica, la vivienda adecuada y los servicios de cuidado a menudo resultan abrumadores, llevando a la familia a abandonar a los adultos mayores, pensando que es una alternativa más asequible.

Los problemas en la familia pueden aumentar el abandono de los adultos mayores. las disputas prolongadas, como peleas por las herencias, rivalidades familiares o desacuerdos insolubles, pueden crear un entorno peligroso en el que los adultos mayores se sientan ignorados o excluidos. Esto puede ser particularmente perjudicial para su bienestar físico y emocional. La falta de tiempo y recursos es un factor importante. El cuidado de un adulto mayor puede convertirse en una carga abrumadora en una sociedad en la que muchas personas tienen muchas

responsabilidades, como trabajar a tiempo completo, cuidar de hijos pequeños o mantener sus propias vidas.

Por otra parte, otras de las causas son debido a enfermedades, al llegar a una edad avanzada comienza el riesgo de contraer enfermedades y afecciones típicas de la edad avanzada. Entre las cuales encontramos hipertensión arterial, diabetes, neumonía, artritis, demencia, Alzheimer, Parkinson entre otras. (Castillo, 2015)

5.1.3 Consecuencias del abandono

El abandono parcial o total trae consigo consecuencias sobre las personas y repercusiones afectando directamente a su salud, emocional y sentimientos. Los lazos afectivos dentro del núcleo familiar o con las personas de la comunidad se rompen; los sentimientos se olvidan en condición con el aislamiento, se desplaza al sujeto y se olvidan que es una persona y no objeto decorativo dentro del hogar. Permitiendo que la sensibilidad vaya en aumento la cual día a día se ve afectada por cualquier situación o problemas, dando paso a presentar cuadros depresivos; las molestias se presentan por cualquier mínima situación, lo que a su vez se traduce en mayor aislamiento perjudicándose así mismo. (Ramirez, 2014)

La percepción de la realidad cambia, se percibe de una manera diferente a los demás, al combinar con el abuso físico y psicoemocional el cual padecen muchas personas de edad avanzada por parte de los familiares cuidadores (hijos, nueras, yernos, hermanos, nietos, etc.), genera desequilibrio en su personalidad, llegando afectar sus interacciones como ser social.

5.2. Depresión

Debido a que los seres humanos se relacionan o comunican a nivel emocional y reaccionan de manera similar a estímulos estresantes negativos, el entendimiento de las emociones es uno de los objetivos principales de la ciencia actual, junto con la comprensión y el análisis. En ocasiones, la definición de la depresión se hace con la intención de identificar lo que no es depresión, lo que corre el riesgo de ignorar otras condiciones que puedan ser similares a la depresión y, por lo tanto, no recibir tratamiento.

Determinando así que, la depresión es un trastorno mental caracterizado por sentimientos profundos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza. La depresión patológica es una tristeza grave y persistente a diferencia de la tristeza típica, o el duelo que surge después de la

muerte de un ser querido. Puede presentarse junto con la variable de síntomas simultáneas, incluyendo problemas de sueño y alimentación, falta de iniciativas, autocastigo, abandono inactividad y falta de placer.

A menudo, el término depresión se usa con excesiva frecuencia para describir estados de ánimo negativos normales, que desaparecen fácilmente o tienen un carácter transitorio, con frecuencia es confuso y tiende a ser malinterpretado. Las características que distinguen los síntomas clínicos de la depresión de otros estados emocionales negativos y/o fluctuaciones emocionales que son normales, pero no son una enfermedad, son la persistencia, la severidad y la capacidad para interferir negativamente en la vida de una persona. (Zarragoitia, 2011)

La depresión en los adultos mayores está relacionada con otros factores relacionados con esta etapa de vida, como la funcionalidad, la existencia de enfermedades crónicas, la polifarmacia, el funcionamiento cognitivo, la institucionalización y el apoyo social.

5.2.1 Causas de la depresión

La causa exacta de la depresión puede variar de una persona a otra porque es una enfermedad compleja y multifactorial. Se ha observado a nivel biológico que la depresión y los desequilibrios están relacionados con la regulación de ciertos neurotransmisores cerebrales, como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, que afectan la regulación del estado de ánimo y las emociones.

Genéticamente la depresión se puede heredar. Sin embargo no todas las personas con una predisposición genética para la depresión desarrollan la enfermedad. Hay otros factores que contribuyen a la enfermedad. Es decir, no es seguro que tenga depresión si su padre, madre o hermana ha tenido una, pero sí tiene más riesgo que otras personas sin sus antecedentes (Molina y Arranz, 2010).

La presencia de condiciones médicas crónicas es una de las principales causas de depresión relacionadas con enfermedades. Las personas con enfermedades físicas y emocionales graves y debilitantes, como el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares o las enfermedades neurológicas, a menudo enfrentan grandes desafíos. Esta puede ser causada por la lucha constante contra la enfermedad, los síntomas debilitantes y la incertidumbre sobre el futuro. Además las

restricciones físicas y las limitaciones impuestas por la enfermedad pueden causar pérdida de autonomía y sensación de inutilidad, lo que aumenta el riesgo de depresión.

Otra de las causas es el impacto de los cambios hormonales en la salud mental, en el caso de las mujeres, la depresión posparto, trata de episodios depresivos de intensidad variada que aparecen en el curso del año siguiente al parto. Esta ligada a conflictos internos desvelados por el hecho de la paternidad (Nanzer, 2015). Asimismo, las alteraciones en las glándulas tiroideas, como el hipotiroidismo o el hipertiroidismo, pueden afectar los niveles de energía y estado de ánimo, contribuyendo a la depresión.

Por último, también puede ser causada por factores psicológicos como la baja autoestima, el pensamiento negativo y el perfeccionismo. También puede ser causado por el aislamiento social, la falta de apoyo emocional y la soledad. Afectando también el entorno en el que vive y trabaja una persona el cual es importante, ya que las condiciones de vida estresante o la falta de acceso a recursos pueden aumentar el riesgo.

5.2.2 Consecuencias de la depresión

Las consecuencias de la depresión pueden darse en tres grandes áreas. La principal consecuencia es el sentimiento de tristeza, vacío o llanto (Perez, 2020). La depresión puede desencadenar una serie de consecuencias en diferentes dominios de la vida de un individuo. A nivel de salud mental, se manifiesta por síntomas como la anhedonia, que implica la pérdida de interés o placer en actividades que antes eran gratificantes, y un estado de ánimo deprimido persistente.

En el ámbito cognitivo, conduce a dificultades en la concentración y toma de decisiones. Debido a la irritabilidad y la falta de expresión emocional, puede causar el retraimiento social, la disminución de la interacción social y el deterioro de las relaciones interpersonales. A nivel del sueño, se manifiesta con trastornos del sueño como el insomnio o la hipersomnia, lo que tiene un impacto aún mayor en las funciones cognitivas y el bienestar general. En el peor de los casos, la depresión puede conducir a pensamientos suicidas y comportamientos autodestructivos, lo que requiere atención médica inmediata.

5.2.3 Tipos de depresión

El Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM-5 y la Clasificación internacional de enfermedades CIE-10 clasifican la depresión en varias categorías o tipos:

- **Trastorno depresivo mayor:** Se caracteriza por episodios prolongados de tristeza profunda y pensamientos suicidad.
- **Distimia:** se caracteriza por síntomas más leves pero duraderos.
- **Trastorno ansioso-Depresivo:** el termino se usa informalmente para describir la coexistencia de síntomas de ansiedad y depresión en una persona
- **Depresión Atípica:** se diferencia de la depresión estándar por la presencia de síntomas como aumento de apetito, aumento del sueño, hipersensibilidad a la crítica y una marcada reactividad emocional a eventos positivos.
- **Trastorno afectivo estacional:** se presenta con episodios recurrentes de depresión que están relacionados con la falta de luz solar durante ciertas estaciones del año, por lo general en otoño e invierno.
- **Trastorno Bipolar:** Se caracteriza principalmente por cambios extremos en el estado de ánimo, las personas con trastorno bipolar experimentan episodios depresivos junto con episodios de manía o hipomanía, que son estados de ánimo elevados.

Es importante considerar los criterios de los manuales mencionados anteriormente, así como la intensidad, la recurrencia y la permanencia de los síntomas relacionados con el trastorno para determinar el grado o nivel de depresión que presenta la persona. Bajo estos parámetros la depresión leve se define como una sintomatología que afecta ligeramente las capacidades de la persona enferma, pero ni interfiere ni limita completamente su desarrollo en las actividades diarias, esta se determina por el cumplimiento de 5 o 6 criterios diagnósticos (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

De acuerdo con el deterioro funcional y aumento de los síntomas, se puede diagnosticar una depresión moderada. Sin embargo, si el trastorno deteriora completamente las capacidades, la funcionalidad y el estado emocional del paciente, al punto de que no pueda ni sienta motivación o ánimo para analizar las tareas o actividades más básicas, el diagnóstico corresponde a una depresión grave.

5.3 Factores familiares que inciden en el abandono familiar y como afectan en la aparición de síntomas depresivos en el adulto mayor.

- **Conflictos familiares y tensión emocional:** son un factor importante en el abandono. El estrés constante en el hogar puede causar estrés crónico en los adultos mayores, lo que aumenta el riesgo de desarrollar síntomas de depresión, al igual que ser integrante de una familia disfuncional (Paz, 2011).
- **Falta de apoyo emocional:** cuando los miembros de la familia no brindan apoyo emocional afectivo al adulto mayor, este puede sentirse aislado y desvalorizado. La vulnerabilidad a la depresión puede aumentarse con la falta de conexión emocional, ya que la soledad y la tristeza pueden intensificarse.
- **Abuso y negligencia:** el abuso físico, emocional o financiero, así como la negligencia en el cuidado del adulto mayor por parte de la familia, puede ser factores directos de abandono. Estas experiencias traumáticas pueden llevar a la aparición de síntomas de depresión, como la sensación de desamparo y la disminución de la autoestima.
- **Falta de comunicación y comprensión:** la comunicación deficiente y la falta de comprensión entre los miembros de la familia pueden dificultar la identificación de las necesidades del adulto mayor. La sensación de no ser escuchado ni comprendido puede contribuir al aislamiento y al aumento de la depresión.
- **Cambios en la estructura familiar:** Cambios como divorcios, mudanzas o fallecimiento, pueden alterar la capacidad de la familia para cuidar al adulto mayor. Estos pueden ser factores desencadenantes del abandono y al mismo tiempo, pueden aumentar la sensación de pérdida y aislamiento contribuyendo a la depresión

En la experiencia del abandono y la depresión en el adulto mayor, estos factores interactúan y se entrelazan. Un entorno familiar desfavorable y disfuncional puede aumentar significativamente el riesgo de abandono y contribuir al desarrollo de síntomas depresivos.

6. MARCO METODOLÓGICO

6.1. Tipo de investigación

La investigación descriptiva se utiliza cuando el propósito es proporcionar una descripción detallada de la naturaleza y manifestación de una variedad de fenómenos, situaciones, contextos y eventos. El énfasis está en identificar a través del análisis las propiedades características y aspectos esenciales de cualquier fenómeno (Sampieri et al, 2014).

Se determinó el tipo de investigación descriptiva para el presente estudio de caso, ya que su objetivo es proporcionar una breve descripción sobre la incidencia del abandono familiar en la depresión del adulto mayor. Además, se enfoca en la recolección de datos descriptivos para obtener información sobre fenómenos y comportamientos.

6.2. Enfoque de la investigación

El enfoque mixto implica un conjunto de procesos de investigación metódicos y rigurosos que involucran la recopilación y análisis de datos cuantitativos y cualitativos. Para obtener una comprensión más profunda del fenómeno de estudio, se integran y discuten estos datos para hacer deducciones basadas en toda la información recopilada (Sampieri et al, 2014).

Por esta razón, se adoptó un enfoque de investigación mixta, ya que tiene como objetivo, describir datos cuantitativos a través de cuestionarios y escalas, los cuales se combinarán con los datos cualitativos obtenidos a través de entrevistas. Permitiendo una comprensión amplia y enriquecedora del fenómeno, utilizando los datos para establecer patrones y datos cualitativos para contextualizar y profundizar en las experiencias personas del adulto mayor. El análisis combinado de ambos tipos de datos proporcionaría una perspectiva integral de la relación entre el abandono y la depresión.

6.3. TÉCNICAS

6.3.1. Entrevista Semi-estructurada

La entrevista semiestructurada se considera por brindar un grado aceptable de flexibilidad y mantiene la suficiente uniformidad para logara interpretaciones acordes con los propósitos del estudio, debido a que comienza con preguntas formuladas las cuales se ajustan a la persona o grupo de personas entrevistadas, aclarando así sus puntos de vista, motivándolo hablar, reduciendo formalidades. Se espera así que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista de manera más abierta que en una entrevista estandarizada o un cuestionario (Bravo et al, 2013).

Se realizó entrevistas durante cada sesión con el paciente para recopilar información y crear su historial clínico psicológico. Esto incluyó datos personales y familiares relevantes para una comprensión más compleja de su situación.

6.3.2. Observación Clínica

La observación clínica es un componente crucial y de gran importancia para obtener información sobre los elementos cruciales que permiten el diagnóstico y la elección de la terapéutica. Tanto si se trata de un individuo, un grupo o una familia, según sea la situación de salud. Este tipo de observación es la vez un método para la práctica y la investigación clínica (Lopez et al, 2019).

La observación directa en el análisis del caso, desempeñó un papel crucial para examinar las emociones y comportamientos del adulto mayor en su entorno natural. Permitiendo registrar directamente los cambios en su comportamiento, como la disminución de la interacción social y la falta de interés en las actividades cotidianas. Además, los datos se recopilaron de manera directa a través de información proporcionada por familiares y personas cercanas a su entorno, quienes describieron las interacciones y la dinámica familiar. Estas observaciones ayudaron a la comprensión de la relación entre la depresión y en abandono familiar en el adulto mayor.

6.3.3. Historia Clínica

Técnica que se utiliza de manera común en los pacientes con el propósito de obtener información esencial, como lo son los antecedentes emocionales, físicos y biológicos, así como los antecedentes familiares. El objetivo principal es obtener datos que permitan conectar las conclusiones de las pruebas aplicadas, utilizando estrategias para llevar a cabo una exploración en profundidad del paciente (Osorio, 2012).

Por lo tanto, se utilizó como instrumento para investigar al adulto mayor desde una perspectiva conductual, cognitiva y somática. Este instrumento permite establecer la relación interpersonal, obtener información del paciente y evaluar los cambios en la conciencia y el comportamiento. La información recopilada es secreta y solo se utiliza para la intervención psicológica, estando a disposición el adulto mayor. Enfatizando la escucha directa y la observación.

6.3.4. Como los Pensamientos Crean Sentimientos

La técnica de como los pensamientos crean sentimientos se refiere a la forma en que una persona interpreta un evento el cual afecta su comportamiento o sentimiento, permitiéndoles identificar sus pensamientos para poder cambiar la forma en que interpretan y transmiten sus sentimientos (Leahy, 2018).

6.4. INSTRUMENTOS

6.4.1. Ficha Clínica

La ficha clínica es un instrumento en el cual se registra la historia clínica de la persona. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que asegure la conservación y adecuada confiabilidad de la información en ella contenida (Ramos, P., y Arenas, A., 2013).

Permitiéndonos proporcionar una estructura organizada para recopilar información relevante de manera eficiente. En los cuales se podrá conocer datos de los antecedentes médicos y familiares del paciente, ayudándonos a mantener un registro sistémico de los detalles sobre el caso y contribuyendo un análisis más completo de la incidencia entre el abandono familiar y la depresión en el adulto mayor.

6.4.2. Guía de observación

La guía de observación es un instrumento el cual permite al observador situarse de manera sistemática en aquello que realmente es objeto de estudio para la investigación; siendo también el medio el cual conduce la recolección y obtención de datos e información de un hecho o fenómeno (Campos y Lule, 2012).

En este caso desempeño un papel fundamental, al proporcionar un medio para registrar de manera sistémica y objetiva los comportamientos síntomas y cambios observados del adulto mayor. Este instrumento nos permitió un seguimiento preciso, la identificación de patrones de comportamiento y respalda la toma de decisiones terapéutica.

6.4.3. Escala de depresión geriátrica de Yesavage: GDS-VE

El cuestionario de depresión geriátrica de Yasavage (GDS) es una de las escalas, más utilizadas en la actualidad en personas mayores, y recomendada por la sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Se trata de una escala auto aplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (si/no). Está diseñada específicamente para las personas mayores y tiene

una alta sensibilidad y especificidad. También muestra una buena correlación con otras escalas clásicas para el cribado de la depresión.

Posteriormente se propuso una versión abreviada de la GDS, la cual fue validada por la OMS en el 2002. Tiene como objetivo medir el nivel de depresión de un adulto mayor a través de dos dimensiones (desesperanza y estado de ánimo); además, el cuestionario consta de 15 preguntas, donde si el adulto mayor responde 10 preguntas como afirmativo indica un estado depresivo y si las preguntas 1,5,7,11 y 13 se marcan negativamente, de igual forma señala depresión. La aplicación es individual y tiene una duración de 10 a 15 minutos aproximadamente y las categorías de interpretación son: Normal=0 a 4 puntos, Leve=5 a 8 puntos, Moderado= 9 a 11 puntos y Grave de 12 a 15 puntos.

7. RESULTADOS

7.1. Descripción del caso

El presente estudio de caso se lo realizó a una persona de 77 años, de sexo masculino de nacionalidad ecuatoriana el cual asiste de forma voluntaria. Vive solo desde hace 4 años, desde el fallecimiento de su esposa, tiene 3 hijos de los cuales ni uno vive con él, por cuestiones de trabajo y estudios sus hijos salieron del país y desde hace más de 3 años no han regresado, pero el adulto mayor afirma que les pasaban una mensualidad a él y su esposa, pero desde hace 1 año ya no lo hacen, y muy rara vez hoy en día le envían algo de dinero o se comunican con él. Sus familiares y vecinos más cercanos dicen que vive en pésimas condiciones, ya que, al no tener para pagar el arriendo de una vivienda, vive en una casita de madera que el municipio le dio, que con el paso de los años se ha ido destruyendo, ha dejado de cuidar su aspecto físico, no es sociable con la gente, se irrita con facilidad, le gusta estar solo, refleja tristeza en su rostro y pide caridad a las personas para poder alimentarse.

El presente estudio de caso se llevó a cabo en cinco sesiones terapéuticas con el paciente, en estas se desarrolló la historia clínica y las pruebas psicométricas. Estas se realizaron de la siguiente forma:

7.2. Sesiones

7.2.1. Primera sesión

Se realizó el día sábado 15 de julio del 2023 a las 2:00 p.m. hasta las 2:45 p.m., teniendo así una duración de 45 minutos. La sesión se inició con una acogedora presentación, donde se dieron a conocer con claridad los propósitos y objetivos de la investigación. Se enfatizó de manera destacada la importancia de la privacidad y la confidencialidad de la información recolectada, con el fin de contribuir una relación de colaboración sólida, dedicando así un tiempo significativo a la creación de un buen rapport o conexión de confianza.

Además, se proporcionó un ambiente adecuado para que el adulto mayor pueda expresar sus sentimientos actuales, en donde nos contaba cómo se a sentido todo este tiempo que a vivido solo desde la muerte de su esposa, y nos decía que se sentía muy solo, hubo momentos en el que el sentimiento fue más fuerte y se iba en llanto, también se proporcionó una explicación acerca del proceso del estudio, incluyendo la duración aproximada de las sesiones la frecuencia de las

entrevistas y demás. Finalizando la sesión con la programación de la siguiente reunión y con una cálida despedida.

7.2.2. Segunda sesión

La sesión se realizó el día sábado 22 de julio del 2023 a las 11:00 a.m. hasta las 11:45 con duración de 45 minutos. Se inició con un breve saludo y con la pregunta de cómo se ha sentido, siguiendo de eso se inició con una entrevista semiestructurada en la cual se exploró su historia y antecedentes familiares dándonos a conocer como era antes su vida con su familia, en donde nos contaba cómo fue su vida con su esposa e hijos y que se sentía mal por todo el daño que les había hecho, sintiendo que todo lo que le estaba pasando al día de hoy es porque se lo merecía, también nos dio a conocer su estado de salud y eventos estresantes que afectaron al adulto mayor como lo es la muerte de su esposa.

Obteniendo así en esta sesión gracias a la entrevista semiestructurada, información detallada de su vida y conociendo los posibles factores que pudieron haber contribuido a la depresión. Al final de la sesión se estableció los objetivos iniciales en función de la evaluación, y se dio a conocer a breves rasgos de que trataría la siguiente sesión.

7.2.3. Tercera sesión

Se realizó el día sábado 29 de julio del 2023 a las 2:00 p.m. hasta las 2:45 p.m. se retomó la sesión anterior preguntándole como se ha sentido y se le dio a conocer el instrumento que se le aplicaría, el cual está conformado por 15 ítems y con respuestas dicotómicas (si/no), en el cual el adulto se manifestó de manera colaborativa a la hora de llenar las preguntas, en ciertos momentos había preguntas que no entendía en donde se le procedió a explicarle mejor, mismo que nos dio una puntuación de 15 siendo esta la puntuación más alta, misma que nos indica un trastorno depresivo mayor.

7.2.4. Cuarta sesión

La sesión se realizó el día 05 de agosto del 2023 a las 2:00 p.m. hasta las 2:45 p.m. se tomó en consideración la sesión anterior en los cuales se pudo dar cuenta porque a empezado a dormir más de lo habitual y su apetito a disminuido y por qué han surgido sus cambios de comportamiento. Se dio inicio a la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) en la cual se le explico al paciente que se trabajara en sus pensamientos negativos acerca de las cosas y como estos sentimientos generan comportamientos, contribuyen al desarrollo de la depresión. Se realizó la diferenciación entre

hechos, pensamientos y sentimientos, para luego aplicar la técnica correctamente, realizando así ejemplos previos para su mayor comprensión

7.2.5. Quinta sesión

La sesión se realizó el día 12 de agosto del 2023 a las 3:15 p.m. hasta las 4:00 p.m. se hizo una revisión de la sesión anterior se habló sobre los pensamientos que ha tenido y como estos han generado sentimientos de tristeza y frustración y comportamientos como el aislamiento no solo de su familia sino también de la sociedad. Por lo cual se aplicó la técnica de relajación para aliviar manifestaciones de agitación o tensión emocional entre otras, ya que le ayudara a mejorar su bienestar emocional. Por último, se recomendó al familiar más cercano que trate de que no pase el mayor tiempo solo el paciente.

7.3. Situaciones detectadas

Durante las sesiones el paciente de 77 años asistió de una manera no tan adecuada, debido a su falta de aseo personal y muchas veces con la misma ropa, en la primera sesión el paciente se presentó irritable y molesto hasta que entro en confianza y nos contó su historia. En la segunda sesión el paciente se presentó más amable y tuvo un mejor comportamiento, al contarnos su historia presento síntomas de tristeza, frustración, culpabilidad y soledad. Su familiar nos supo decir que presenta pensamientos erróneos sobre sus vecinos y que se molesta siempre que lo quieren ayudar es por ello que no que no tiene relaciones sociales con los demás.

En la tercera sesión presento malestares como dolor de cabeza y estomago debido a la mala alimentación que presentaba ya que en muchas ocasiones no comía por comprar cigarrillos para fumar, o porque no tenía dinero, lo cual le afecta a su salud. En la cuarta sesión se le llevo algo de alimentos lo cual hizo que tuviera un mejor ánimo y sintiera que si es importante para las demás personas, pero que en ocasiones es el quien no se deja ayudar, ayudándole así a que tenga nuevas ideas para que su salud pueda mejorar.

En la última sesión se abordaron los pensamientos negativos los cuales le generaban tristeza y frustración en el cual se aplicó la técnica de relajación para poder aliviar los malestares que presentaba. El paciente no presenta antecedentes psiquiátricos relacionados con depresión, pero si enfermedades como la hipertensión arterial y gastritis.

Según los resultados de los test aplicados y los signos y síntomas evidenciados en el paciente en las área cognitiva, afectiva, conductual-social y somática, se pudo conocer que están relacionados al trastorno de depresión mayor detallados en el DSM-5, mismo que se codifica:

F32.2 Trastorno de depresión mayor (grave)

Área cognitiva

Presenta una serie de afectaciones características de la depresión, incluyendo pensamientos negativos automáticos los cuales reflejan una baja autoestima así mismo una visión pesimista del futuro, una rumia la cual es persistente intensificando su angustia emocional y dificultando su concentración en otros pensamientos, distraibilidad y dificultad en la toma de decisiones teniendo la tendencia de ver todas las opciones de manera negativa y una autoevaluación negativa llevándolo a creer que es una carga para los demás

Área afectiva

En esta área se evidencio una profunda tristeza y desesperanza, manifestando un estado de ánimo depresivo persistente. También se pudo evidenciar irritabilidad y susceptibilidad emocional, experimentando una pérdida de intereses significativa y placer en actividades que solía disfrutar, evidenciando anhedonia. Reflejando así la carga emocional que enfrenta debido a la depresión, lo que incide en su bienestar emocional y su capacidad para disfrutar de la vida diaria.

Área conductual-social

El paciente presenta un patrón de conducta marcado por el aislamiento social y la percepción de ser una carga para los demás. Estos comportamientos están fuertemente influenciados por pensamientos automáticos negativos, como la creencia arraigada de que no es importante para nadie, generando sentimientos de inutilidad y autoevaluación negativa afectando su interacción con el entorno

Área somática

En este aspecto se evidencio síntomas físicos relacionados con la depresión. experimenta frecuentes dolores de cabeza y molestias estomacales, síntomas que pueden ser vinculados al estrés y la ansiedad asociados a la condición depresiva. Es importante tener en cuenta su habito por fumar, el cual puede estar afectando estos síntomas físicos y afectando a su bienestar general.

Tabla 1.*Cuadro Sindromito*

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Autocritico, pesimista, distraibilidad – hipoprosexia	
Afectivo	Tristeza, Irritabilidad y frustración.	
Conductual – social	Aislamiento social, falta de energía.	Depresión
Somática	Aumento del sueño y disminución del apetito, dolores de cabeza, estómago y problemas visuales.	

Nota: *Sintomatología del paciente.*

Fuente: Elaborado por María Belén Rea (2023)

Conclusión diagnóstica: Después del proceso realizado con el paciente, se llegó al diagnóstico presuntivo F32.2 Trastorno depresivo mayor según el DSM-5. Se considera como factor predisponente la muerte de su esposa y como evento precipitante el abandono familiar por parte de sus hijos, quienes no le han visitado ya algunos años ni se comunican con él. Por último, los resultados de la escala de depresión geriátrica de Yesavage nos dieron como resultado 15 ítems evidencia de que presenta depresión.

7.4. Soluciones planteadas

Después de identificar las sintomatologías del paciente, la incidencia del abandono en la depresión de un adulto mayor de 77 años del cantón Caluma, lo cual provocó un trastorno de depresión mayor. Por ellos, se planteó un esquema terapéutico basado en la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) en el cual está enfocado en cómo los pensamientos generan sentimientos y por ellos desencadena conductas. Teniendo como objetivo modificar esos pensamientos para que pueda controlarlos y no afecten en su vida, dándole a conocer que los cambios le ayudan a desarrollar cambios positivos tanto en su bienestar físico, emocional y social.

Tabla 2. *Esquema terapéutico-Terapia Cognitiva Conductual (TCC)*

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Nº de sesiones	Resultados obtenidos
Área Cognitiva-Afectiva Autocritico, pesimista, distraibilidad – hipoprosexia Irritabilidad, tristeza,	Modificar patrones de pensamientos negativos. Promover la autoconcentración.	Como los pensamientos crean sentimientos de respiración y manejo de la ira	3	El paciente puede reconocer los pensamientos negativos que le afectaban, tratando de tener pensamientos que le beneficien. Podrá controlar la irritabilidad y mejorar su concentración lo cual contribuirá a su recuperación emocional y mejorar sus relaciones interpersonales
Área Conductual-social Aislamiento social, falta de energía.	Retomar actividades que le generen placer.	Activación conductual	3	Permitirá que el adulto mayor de a poco pueda ir retomando las actividades que le gustan, teniendo una mejoría en su estado de ánimo e interactuar socialmente.
Área Somática Aumento del sueño y disminución del apetito, dolores de cabeza, estómago y problemas visuales.	Normalizar el patrón de sueño y gestión del estrés	Técnica de higiene del sueño y relajación.	1	Se puede mejorar la calidad de sueño, resultando en un sueño mas reparador y mayor sensación de descanso, además las técnicas de relajación redujeron el estrés y la tensión contribuyendo a una mejora en el bienestar

Nota: *Cuadro de propuesta de intervención psicoterapéutica.*

Fuente: Elaborado por María Belén Rea (2023).

8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En base con los resultados obtenidos se logra corroborar que el abandono familiar si incide en la depresión del adulto mayor, en este caso el abandono familiar presenta, vulnerabilidad, en las necesidades básicas del individuo como lo es la alimentación, la salud, cuidados, higiene personal y vivienda, teniendo en cuenta los problemas emocionales que han afectado a su salud, por la ausencia de afecto tanto física como emocional. Osorio toma en cuenta los puntos antes mencionados y da a conocer que el abandono es una negligencia, o descuido por acción u omisión por parte de la familia, lo cual refleja grandes problemas en el adulto mayor, corroborando así en los resultados ya que el abandono presentado por sus hijos los cuales no se preocupan por él, a traído consecuencias a la vida del adulto mayor.

La OMS menciona que el abandono es la falta de atención de una persona, lo que les lleva a depender de otro, teniendo una obligación legal o moral. Esta definición resalta la importancia de la responsabilidad que los individuos tiene hacia aquellos que dependen de ellos, en el contexto de la familia y la atención médica. Autores como Fraga consideran que el adulto mayor al no tener quien vele por la salud, necesidades básicas y el cuidado que ellos requieren, son obligados a depender de la sociedad los cuales les brindan caridad, limosnas o donaciones, evidenciándolo en el caso del adulto mayor, ya que debido al descuido que tenía por parte de su familia lo llevaba a la necesidad de pedir caridad o recibir donaciones de las personas más cercanas pero a más de ellos no se le brinda el cuidado necesario por parte de ninguna persona o institución social.

Castillo menciona que una de las causas por las cuales surge el abandono son por enfermedades mismas de la edad, este comentario subraya el vínculo entre el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades crónicas señalando que estas afecciones pueden aumentar la vulnerabilidad de las personas mayores al abandono. Destacando la necesidad de una atención médica adecuada y un apoyo efectivo tanto para el paciente como para los cuidadores.

El abandono trae repercusiones en el adulto mayor como ya antes lo habíamos mencionado esto afecta de manera emocional y física, en este caso se dio debido a la falta de comunicación que existió años atrás en la familia del adulto mayor lo cual llevo a que sus hijos se alejaran de él, concordando con lo que dice Ramírez al darnos a conocer que cuando los lazos afectivos se rompen dentro del núcleo familiar, se empieza a desplazar al sujeto olvidándose que es una persona llegando a dejarlo en el olvido, permitiendo que la sensibilidad vaya aumentando y empiecen a

surgir ideas negativas llegando a tener síntomas depresivos por causa del abandono generado por sus hijos.

Zarragoitia nos dice, que la depresión son estados de ánimo negativos normales los cuales desaparecen después de un tiempo o que tiene un carácter transitorio el cual muchas veces tiende a ser mal interpretado. Así también autores como Molina y Arranz nos dan a conocer que la depresión puede ser genéticamente heredada, de las cuales no todos los miembros de la familia tienen una predisposición genética para desarrollar la depresión, en este caso se pudo tener en cuenta que puede ser generada también por diferentes factores y circunstancias , como lo son la muerte de un ser querido, o el abandono generado por su familia, afectando así la vida de la persona, teniendo en cuenta que en este caso no se presentaron antecedentes familiares que hayan presentado sintomatologías depresivas.

Pérez toma en cuenta tres áreas como consecuencia de la depresión la cuales son la tristeza, vacío o llanto, sin embargo no toma en cuenta otra áreas las cuales también son importantes como lo son la disminución de energía, merma en sus actividades, aislamiento social y familiar y en ciertos casos el suicidio que se puede llevar acabo sino se llegan a tratar estos problemas los cuales afectan día a día al adulto mayor, teniendo en cuenta también que las más básicas son las antes mencionadas por Pérez ya que son las más relevantes y se presentaron como sintomatologías del adulto mayor en este estudio.

9. CONCLUSIONES

El abandono familiar en el adulto mayor tiene un impacto significativo en la salud mental y su bienestar psicosocial. Relacionándose con el aumento de trastornos afectivos, como la depresión y la ansiedad. Además, la falta de afecto emocional y la pérdida de roles y vínculos familiares, son un factor de riesgo para problemas de la salud física y mental incluyendo enfermedades y disminución en la calidad de vida del adulto mayor.

El estudio realizado permitió el análisis de una manera más detallada sobre la incidencia del abandono familiar en la depresión de un adulto mayor de 77 años del cantón Caluma. Obteniendo como resultados que el abandono familiar incide de manera significativa en el adulto mayor al causar una profunda sensación de aislamiento, desesperanza y pérdida de vínculos emocionales. Surgiendo como resultado de la ruptura familiar síntomas depresivos como la tristeza persistente, la pérdida de interés en la vida y la autoevaluación negativa.

Se realizó la evaluación a través de la aplicación de instrumentos psicológicos, en la cual se aplicó La escala de depresión geriátrica de Yesavage, y a través de la entrevista, en donde se pudo tener una idea más amplia de los síntomas que presentaba, se pudo confirmar que presentaba sintomatologías depresivas, lo cual según el DSM-5 se llegó al diagnóstico presuntivo F.32.2 Trastorno depresivo mayor.

Finalmente, se obtuve resultados para la elaboración de un esquema terapéutico específico y adecuado para llevar a cabo la depresión presentada por el adulto mayor, el cual tiene un enfoque centrado en modificar los pensamientos negativos los cuales le generan sentimientos, lo cual le permite reducir síntomas, tener una mejor salud física y emocional, mejorando su calidad de vida.

10. RECOMENDACIONES

Se recomienda la derivación a un especialista de salud mental para una evaluación más exhaustiva y la consideración de la terapia cognitivo-conductual como parte del tratamiento por la gravedad de los síntomas. Se insta a establecer una comunicación afectiva con familiares lejanos, amigo o vecinos involucrándolos en el proceso de apoyo emocional.

Se recomienda establecer una comunicación regular y afectiva con los familiares lejanos, para enfatizar la necesidad de su participación activa en el bienestar del adulto mayor. Siendo fundamental coordinar visitas periódicas o llamadas telefónicas para brindar apoyo emocional y su mejoramiento en a salud. Además, se recomienda explorar recursos locales, como programas comunitarios, garantizando así que el adulto mayor pueda acceder a una atención médica y social necesaria, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida y el estado emocional del adulto mayor.

Además de las estrategias terapéuticas se recomienda involucrar amigos y vecinos más cercanos al proceso de apoyo emocional y social. Fomentar una red de apoyo social local la cual pueda proporcionar una valiosa compañía y un sentido de comunidad el cual complemente el tratamiento terapéutico. La participación activa de la comunidad puede desempeñar un papel crucial en la mejora de su calidad de vida y bienestar emocional.

REFERENCIAS

- Belesaca y Buele. (2016). causas y consecuencias del abandono en el adulto mayor del centro gerontológico "cristo rey". Obtenido de universidad de cuenca facultad de ciencias medicas escuela de enfermeria:
[http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25629/1/PROYECTO%20DE%](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25629/1/PROYECTO%20DE%20)
- Bravo,L., Garcia, U., Hernandez, M y Ruiz, M. (2013). metodologia de la investigacion educativa en educacion medica. investigacion en educacion medica, 163. Obtenido de
<https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>
- Caballero y Remolar . (2000). niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condicion de abandono familiar. Integracion Academica en Psicologia, 12.
- Campos y Lule. (2012). Desarrollo de instrumentos de evaluacion: pautas de observacion. Chile: MIDE UC. Obtenido de Cuadernillo tecnico de evaluacion educativa.
- Castillo, D. (2015). enfermedades de los ancianos como causa de abandono familiar. obtenido de universidad nacional de loja:
[https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13457/1/TESIS%20DANIELA%20c](https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13457/1/TESIS%20DANIELA%20castillo%20GUAM%C3%81N.pdf)
[astillo%20GUAM%C3%81N.pdf](https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13457/1/TESIS%20DANIELA%20castillo%20GUAM%C3%81N.pdf)
- Collado, F, Sampieri. H. Y Lucio, B. (2014). metodologia de la investigacion. Santa Fe: McGrawHill. Obtenido de [https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-](https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf)
[Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf](https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf)
- Fraga. (2018). Autoestima y abandono familiar de adultos mayores en la ciudad de Portoviejo, Ecuador. psidial psicologia y dialogo de saberes, 85. Obtenido de
[file:///C:/Users/Fernanda%20Barragan/Downloads/5107-](file:///C:/Users/Fernanda%20Barragan/Downloads/5107-Texto%20del%20art%C3%ADculo-21287-1-10-20220930.pdf)
[Texto%20del%20art%C3%ADculo-21287-1-10-20220930.pdf](file:///C:/Users/Fernanda%20Barragan/Downloads/5107-Texto%20del%20art%C3%ADculo-21287-1-10-20220930.pdf)
- Fuentes. R, y Castillo.F. (Enero de 2016). SciELO. La indigencia de adultos mayores como consecuencia del abandono en el estado de Mexico, pág. 164. Obtenido de La indigencia de adultos mayores como consecuencia del abandono en el Estado de Mexico.:
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext_plus&pid=S1405-](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext_plus&pid=S1405-74252016000100161&lng=es&tlng=es&nrm=iso)
[74252016000100161&lng=es&tlng=es&nrm=iso](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext_plus&pid=S1405-74252016000100161&lng=es&tlng=es&nrm=iso)
- Hernandez, S,Collado.C y Lucio.B. (2006). metodologia de la investigacion. Mexico: McGrawHill.

- Leahy, R. L. (2018). *Terapia Cognitiva*. Buenos Aires: libreria AKADIA.
- Lopez, A ,Ximena. B, Maria. L, Pedro. M, Daniel. D, y Domenica. B. (2019). La observacion. Primer eslabon del metodo clinico. *Revista Cubana de Reumatologia*, 9. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v21n2/1817-5996-rcur-21-02-e94.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2013). *Depresion en personas de 15 años y mas*. Santiago: MINSAL.
- Molina y Arranz. (2010). *Comprender la Depresion*. Barcelona: Amat. Obtenido de <https://drive.google.com/drive/folders/1BeIcwC1gznQDvVBLJwIR5zSzfKNzI-db>
- Nanzer, N. (2015). *La depresion postparto salir del silencio*. Barcelona: Octaedro.
- OMS. (15 de Junio de 2017). Aumenta cada vez mas el abuso y maltrato a los ancianos, advierte la OMS. Obtenido de Naciones Unidas: <https://news.un.org/es/story/2017/06/1380771>
- OMS. (31 de Julio de 2023). El Maltrato en la vejez. Obtenido de GOBIERNO DE MEXICO: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/el-maltrato-en-la-vejez>
- Osorio. (2007). Niveles de ansiedad y estres en adultos mayores en condicion de abandono familiar. *Integracion Academica en Psicologia*, 6(17), 12. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/78611902/07_20Ansiedad_20y_20Estres_20_20LBuitrago_20LCordon_20LCortes-libre.pdf?1642084679=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DNiveles_de_Ansiedad_y_Estres_en_Adultos.pdf&Expires=1693978863&Signature=
- Osorio, F. M. (2012). La historia clinica y la anamnesis en la psicopatologia actual. De la biografia a la biologia. De la escuela y mirada clinica a la escucha y mirada por los aparatos. ¿ que es la evidencia en salud mental? *Revista de la Asosicacion Española de la Neuropsiquiatria*, 20. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Paz, T. (13 de Octubre de 2011). Factores familiares y religiosos de la depresion en adultos mayores. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/jbhsi/v3n2/v3n2a7.pdf>
- Perez, A. H. (04 de Septiembre de 2020). Consecuencias de una depresion no tratada. Obtenido de PSICOLOGOS AIMAE: <https://psicologosanimae.com/consecuencias-de-una-depresion-no-tratada/>
- Ramirez, C. P. (19 de Junio de 2014). Abandono social de las personas adultas mayores en la ciudad de Mexico. Obtenido de Red Latinoamericana de Gerontologia: <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=2974>

Ramos, P., y Arenas, A. (2013). Chile. acceso a la ficha clinica para investigacion cientifica. Revista chilena de derecho, 1057.

Secretaria Federal de Salud del Distrito. (2006). la indigencia de los adultos mayores como consecuencia del abandono en el estado de Mexico. SciELO, 164. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext_plus&pid=S1405-74252016000100161&lng=es&tlng=es&nrm=iso

Tenorio, R. (02 de Septiembre de 2023). primicias. Obtenido de El Periodismo Comprometido: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/adultos-mayores-violencia-mies/>

Zarragoitia, A. (2011). Depresion generalidades y particularidades. La Habana: ciencias medicas. Obtenido de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf

ANEXOS

ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADA

- ¿cómo se ha sentido últimamente?
- ¿ha notado cambios en su memoria a capacidad concentración?
- ¿ha recibido algún tipo de tratamiento o apoyo para sus síntomas?
- ¿ha habido algún cambio significativo en su vida en los últimos meses o años?
- ¿ha notado cambios en su patrón de sueño o apetito?

FICHA DE OBSERVACION CLINICA

MODELO DE REPORTE DE OBSERVACION PSICOLOGICA

1. DATOS GENERALES

Nombre: S.G. C

Edad: 77 años

Lugar y fecha de nacimiento: Caluma

Género: Masculino

Instrucción: primaria

Tipo de observación: clínica

Nombre del observador: María Belén Rea Barragán

2. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

Descripción física y vestimenta

Paciente de género masculino, presenta vestimenta de acorde a la ocasión y a su género, pero presenta descuidado en su higiene personal, estatura aproximada de 1,68, se ve un poco más mayor de su edad. Presenta inquietud al preguntar ciertas cosas, está orientado en tiempo y espacio, muestra una actitud colaborativa, pero a la vez un poco impaciente.

Descripción del ambiente

El lugar donde se realizó la entrevista fue en la esquina de una casa de los vecinos ya que no se encontraba en su domicilio, ya que había salido, pero era un lugar tranquilo y donde se pudo conversar tranquilamente ya que no existían distracciones alrededor.

Descripción de la conducta

Al principio mostro una actitud irritable ya que se molestó un poco, pero al ya entablar una conversación empezó a entrar en confianza y su conducta empezó a mejorar y se puso más colaborativo al realizar las preguntas, teniendo en cuenta que por momentos se molestaba de lanada.

HISTORIA CLÍNICA

H.C

Fecha: 23 / 07 /2023

DATOS PERSONALES

Nombre: S.G. C

Edad:77

Lugar y fecha de nacimiento: Caluma

Estado civil: viudo

Género: Masculino

Religión: Católico

Instrucción: primaria

Ocupación: Ninguna

Dirección: Av. La Naranja y Héroe del Senepa

teléfono: N/A

Remitente: 1

1. MOTIVO DE CONSULTA:

El paciente un adulto mayor de 77 años, presenta síntomas somáticos como aumento de sueño y disminución del apetito, así como dificultad de concentración. La preocupación principal es una profunda tristeza persistente que ha afectado su bienestar emocional y su capacidad para llevar a cabo las actividades diarias.

2. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL:

El paciente revela una persistente sintomatología depresiva que ha estado presente durante un periodo de 8 meses aproximadamente. Síntomas como tristeza profunda, aislamiento social, falta de interés en actividades previamente disfrutadas y una percepción general de soledad, la cual esta atribuida al abandono por parte de su familia ya que sus hijos no se preocupan por él. Además, experimenta pensamientos negativos acerca de su valía personal y futuro, esto afectado significativamente su bienestar emocional y calidad de vida.

3. ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES

No se tiene antecedentes de trastornos psicopatológicos en la familia

4. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS:

El paciente presenta marcas notables provocadas por el abandono familiar de parte de sus hijos, desencadenando así síntomas depresivos

6.2. ESCOLARIDAD:

El paciente completo la primaria mientras asistía a clases se adaptaba muy bien al ambiente, tenía un rendimiento muy bueno y le gustaba hacer amigos con todos los compañeros, casi no se llevaba con sus maestros porque en ocasiones lo retaban, y no tuvo cambios de escuela debido a que solo estudio la primaria.

6.3. HISTORIA LABORAL:

La mayor parte de su vida desde su infancia se dedicó a trabajar en el campo y en la venta de ganado.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL:

Se ha visto afectada negativamente debido al aislamiento y el abandono familiar, lo que ha contribuido a su sensación de soledad y tristeza, aunque hace años atrás era muy sociable con las personas que lo rodeaban.

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE:

Actualmente el paciente no tiende hacer actividades como antes lo hacía, sino que la mayor parte de su tiempo pasa acostado y debes en cuando sale a pedir caridad a la gente.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD:

Presenta una disminución en su afectividad y a perdido menos el interés en las relaciones íntimas.

6.7. HÁBITOS (CAFÉ, ALCOHOL, DROGAS, ENTRE OTROS):

El paciente presenta el habito de fumar el cual también le a traído complicaciones a su salud.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO:

Ha presentado cambios en el apetito y en el sueño lo cual le a llevado a empezar a adelgazar.

6.9. HISTORIA MÉDICA:

El paciente presenta una cirugía de apendicitis realizada hace años atrás, y tiene antecedentes de hipertensión arterial.

6.10. HISTORIAL LEGAL:

No presenta antecedentes legales

6.11. PROYECTO DE VIDA:

Debido a la situación de abandono familiar actual, el paciente se siente desanimado y sin un proyecto de vida claro.

7. EXPLORACIÓN DEL ESTAO MENTAL:

7.1. FENOMENOLOGÍA: su aspecto personal es demacrado y con una postura encorvada, su vestimenta es adecuada pero descuidada, con signos de falta de autocuidado. Presenta una pérdida de peso evidente. El paciente muestra con su actitud una actitud de resignación. En su lenguaje, aunque es claro y comprensible, ha manifestado dificultades para expresar sus pensamientos y sentimientos.

7.2. ORENTACIÓN: orientado en tiempo y espacio

7.3. ATENCIÓN: dificultad en la concentración y atención

7.4. MEMORIA: pérdida de memoria reciente

7.5. INTELIGENCIA: dentro de los límites normales

7.8. PSICOMOTRICIDAD: lentitud motora y fatiga.

7.9. SENSORIOPERCEPCIÓN: sin alteraciones

7.10. AFECTIVIDAD: sentimiento de tristeza

7.11. JUICIO DE REALIDAD: conservado

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD: el paciente es consciente de su estado depresivo, el cual afecta a su vida diaria.

7.13. HECHOS PSICOTERAPEUTICOS E IDEAS SUICIDAD:

Tras las experiencias que ha experimentado afirma tener ideas suicidas, pero las no las realizaría.

8. PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS:

Se han aplicado pruebas como, la escala de depresión geriátrica de Yesavage, y el inventario de depresión de Beck.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOTERAPEUTICO:

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Autocritico, pesimista, distraibilidad – hipoprosexia	
Afectivo	Tristeza, Irritabilidad y frustración.	
Conductual – social	Aislamiento social, falta de energía.	Depresión

Somática

Aumento del sueño y disminución del apetito, dolores de cabeza, estómago y problemas visuales.

9.1. FACTORES PREDISPONENTES:

- Muerte de su cónyuge

9.2. EVENTO PRECIPITANTE: abandono por parte de la familia

9.3. TIEMPO DE EVOLUCIÓN: los síntomas depresivos se han presentado desde hace 8 meses aproximadamente.

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL: trastorno depresivo mayor

11. PRONÓSTICO: el pronóstico es favorable siempre y cuando se lleve a cabo un tratamiento terapéutico adecuado, esperando así una mejoría en sus síntomas depresivos y mejorara su bienestar emocional en la vejez.

12. RECOMENDACIONES: se recomienda buscar ayuda de un profesional de la salud para abordar de manera más profundo el tema de depresión y el abandono familiar.

Firma del pasante,

Psi. Cl.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS)

Nombre: _____ Varón (x) Mujer ()

Fecha: 29/07/2023

Edad: 77

Estudios/profesión: *primaria*

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
Las respuestas que indican depresión están en NEGRITA Y MAYÚSCULAS . Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO .			Total: <i>15</i>

