

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología y Consejería Social



Estados depresivos en el adulto y la adulta de la tercera edad
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Carolina Marroquín Marroquín

Guatemala, marzo 2014

Estados depresivos en el adulto y la adulta de la tercera edad

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Carolina Marroquín Marroquín (Estudiante)

M.A. Rebeca Ramírez de Chajón (Asesora)

Guatemala, marzo 2014

Autoridades de la Universidad Panamericana

M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Rector

Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrectora Académica

M.A. César Augusto Custodio Cobar

Vicerrector Administrativo

EMBA. Adolfo Noguera Bosque

Secretario General

Autoridades de la Facultad de Ciencias Psicológicas

Licenciada Elizabeth Herrera de Tan

Decana

Licenciado Mario Salazar

Coordinador Campus Naranjo

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: Carolina Marroquín Marroquín
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: Guatemala noviembre dos mil trece

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante: **Carolina Marroquín Marroquín** recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.


Licda. Elizabeth Herrera
Decano

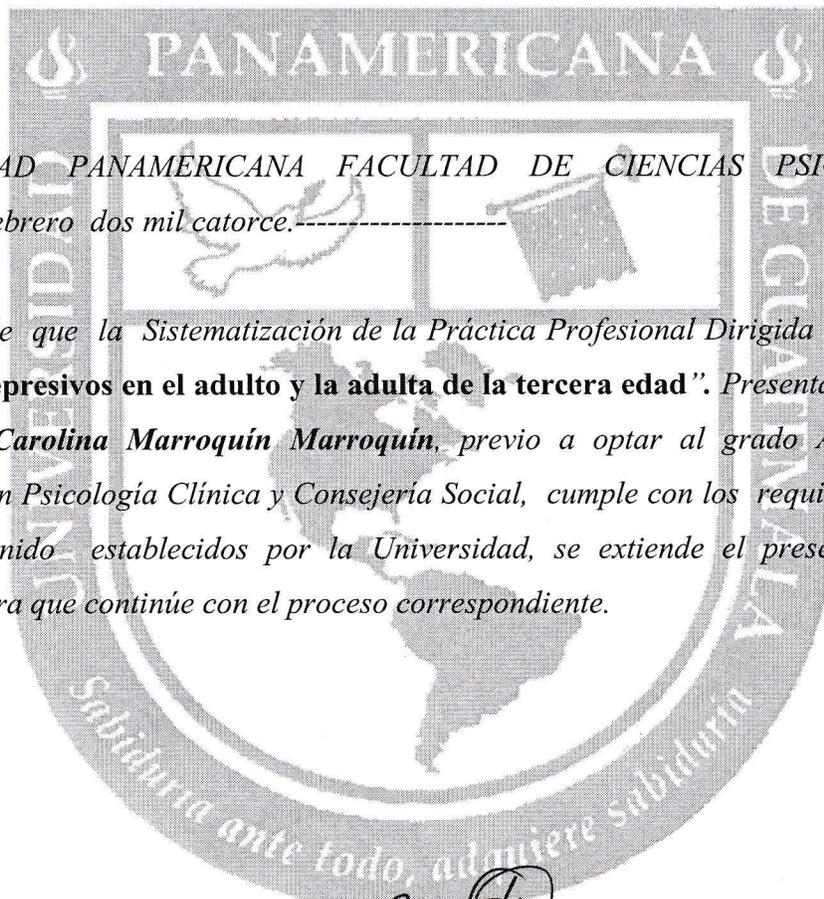




UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala noviembre dos mil trece.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema:
“**Estados Depresivos en el adulto y la adulta de la tercera edad**”. Presentada por el (la)
estudiante: **Carolina Marroquín Marroquín**, previo a optar al grado Académico de
Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos
y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen
favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

M. A. Rebeca Ramírez de Chajón
Asesor



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala febrero dos mil catorce.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema:
“**Estados Depresivos en el adulto y la adulta de la tercera edad**”. Presentada por el (la)
estudiante: **Carolina Marroquín Marroquín**, previo a optar al grado Académico de
Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos
y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen
favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


Licda. Mónica Ramírez
Revisora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala marzo dos mil catorce.-----

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Estados Depresivos en el adulto y la adulta de la tercera edad". Presentada por el (la) estudiante: **Carolina Marroquín Marroquín**, previo a optar grado académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de Práctica Profesional Dirigida.*


Licda. Elizabeth Herrera
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas



Dedicatoria

A Dios:

Por la bendición de permitir culminar mi carrera profesional y por ser fuente inagotable sabiduría y fortaleza

A Mi Esposo:

Ing. Víctor Humberto Castillo Dávila, por su paciencia y amor incondicional.

A Mis Hijos:

Luis Adolfo y Daniel Santiago, como un ejemplo a seguir y por el tiempo que me prestaron para poder dedicarme a mis estudios.

A Mis Padres:

Carlos Leonel Marroquín Paz y Frida Ofelia Marroquín de Marroquín, con gratitud por ser pilares de mi formación académica.

A Mis Hermanos:

Ana Irene, Carlos Eduardo y mis sobrinas Mercedes y Sofía, que Dios les permita alcanzar sus metas planeadas.

A Mis Suegros:

Víctor Manuel Castillo y María Alicia de Castillo, con gratitud por su apoyo incondicional que permitió continuar con mis estudios.

A Mis Amigas:

Mariela y María, gratitud por su incondicional amistad, y compañerismo, que se conserve a lo largo de nuestras vidas.

Nota: “Para efectos legales, únicamente el sustentante es el responsable del contenido del presente trabajo”

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1 Marco de Referencia	1
1.1. Descripción de la Institución	1
1.2 .Ubicación de la Institución	1
1.3 .Organización	2
1.4. Programas establecidos	2
1.5. Misión	2
1.6. Visión	2
1.7. Población que se atendió	3
1.8. Planteamiento del problema	3
1.9. Objetivos	4
Capítulo 2 Marco Teórico	5
2.1 . Adulto Mayor	5
2.1.1. Principales teorías del envejecimiento	7
2.1.2. Geriatría	9
2.1.3. Marco legal sobre la etapa de la adultez mayor	10
2.2. Estados depresivos en el adulto y la adulta mayor	13
2.2.1. Causas de los estados depresivos en el adulto y la adulta mayor	15

2.2.2. Características de la depresión en el anciano – anciana	18
2.2.3. Efectos de los estados depresivos en la salud mental de los y las adultos mayores	19
2.3. Principales procesos de abordaje para personas de la tercera edad	20
2.3.1. Terapia Ocupacional	20
2.3.2. Estimulación cognitiva en el adulto y la adulta mayor	21
2.3.3. Estrategias farmacológicas y no farmacológicas	24
Capítulo 3 Referente Metodológico	29
3.1 Metodología	29
3.2. Delimitación	30
3.3. Tiempo de Práctica	30
Capítulo 4 Presentación de Resultados	31
4.1. Logros	32
4.2. Limitaciones	32
4.3. Casos Clínicos de Trastornos del Estado de Ánimo	33
Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Referencias	43
Anexos	45
Anexo 1 Programa del Curso Práctica Profesional Supervisada	46
Anexo 2 Cartas	47
Anexo 3 Propuesta para Centro de Práctica	48

Resumen

En las siguientes páginas se presenta el trabajo realizado por la alumna del quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana Sede El Naranjo, Carolina Marroquín Marroquín, el cual se desarrolló durante los meses de febrero a octubre de dos mil trece, en el Hogar para Adulto Mayor Valle de los Ángeles ubicado en la 19 avenida y 8 calle, Residenciales La Isla, zona 8 de Mixco, Ciudad San Cristóbal. El hogar no brinda servicio psicológico, por lo que se atendió a los pacientes en sus habitaciones individuales o en salas con las que cuenta el hogar. En el primer capítulo se realiza una descripción completa de la institución y los objetivos del presente informe.

El trabajo de atención clínica, se realizó con pacientes que seleccionó el médico a cargo de la institución, por presentar problemas en una o más de las siguientes áreas: afectiva, conductual, cognitiva, relaciones interpersonales. El segundo capítulo presenta la base teórica del presente informe relacionado con los trastornos del estado de ánimo en el adulto y la adulta mayor, definiciones, causas, efectos, intervención psicológica y marco legal para el adulto y la adulta mayor.

El tercer capítulo, contiene la descripción de la forma, en que se realizó el proceso terapéutico con los pacientes. A cada uno se le realizó un proceso de psicodiagnóstico, para evaluar el trastorno patológico o de otra categoría que presentaba, para establecer el diagnóstico y definir un plan de tratamiento, se realizaron entrevistas clínicas para establecer hipótesis con los posibles diagnósticos, se aplicaron pruebas estandarizadas adecuadas, a cada caso en particular para validar o desechar cada hipótesis. Después se le transmitió al paciente las conclusiones a las que se llegó y se presentó el plan terapéutico a seguir así como recomendaciones adecuadas.

Introducción

La práctica profesional dirigida, es un requisito para todo alumno y alumna que cursa el último año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social en la Universidad Panamericana, dicha práctica se realizó en el Hogar de Adulto Mayor Valle de los Ángeles, con pacientes que habitan en esta institución seleccionados por el médico a cargo de la misma.

En el ejercicio de la práctica se atendieron pacientes que presentaban problemas en el área afectiva, conductual, cognitiva, relaciones interpersonales. A los pacientes seleccionados se les brindó asistencia psicológica, necesaria para cada caso, observándose una tendencia a presentar trastornos en el estado de ánimo.

Por esta razón la presente investigación se enfoca al tema de los trastornos afectivos en el y la adulto mayor que habita en el Hogar de Ancianos Valle de los Ángeles. Actualmente, el y la adulto mayor cuenta, con poco apoyo de la sociedad guatemalteca e instituciones gubernamentales para tener un cierre de las etapas de la vida digna. Según el último censo del Instituto Nacional de Estadística realizado en el 2002 en Guatemala el 6.2 % de la población está en la etapa de la tercera edad o adulto mayor, de 65 años en adelante. Solo el 31% está incluido en programas desarrollados para apoyar a los guatemaltecos que se encuentran en esta etapa de la vida, 17% son pensionados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el programa de Invalidez Vejez y Sobrevivencia (IVS), y el 19 % recibe beneficios del Programa del aporte económico del adulto y la adulta mayor. Estas instituciones se enfocan en apoyar la salud física y contribuir con un aporte económico básico a personas que se encuentran en edad de retiro, aunque no es suficiente para que pueda vivir independiente.

Debido a que existe poca prevención para la etapa de adulto mayor, las personas que llegan a la tercera edad, por lo general, no cuentan con los suficientes recursos económicos para suplir sus necesidades básicas, atención médica o recreación. La mayoría de adultos mayores dependen de familiares, quienes para poder atenderlos prefieren enviarlos a hogares de cuidado, privados y públicos.

La adaptación de los adultos mayores que ingresan a estas instituciones puede ser difícil, por la separación física de sus familiares, pérdida de independencia, productividad. Esto depende de su capacidad para enfrentar crisis, estado de salud, relación con la familia y ambiente que le rodea.

Si su adaptación no es adecuada, es posible que la persona sufra de trastornos en el estado de ánimo; los estados depresivos se consideran , como una característica propia de esta etapa de la vida, se conceptualiza “normal” que un anciano, experimente pérdida de apetito, falta de interés, sentimientos de culpa, angustia, poca actividad física, recreativa y social.

El sufrimiento de los pacientes en circunstancias similares a las mencionadas fue lo que motivó la presente investigación, para contribuir a fortalecer el conocimiento del tema, al personal del Hogar de Valle de los Ángeles, así como para estudiantes de Psicología Clínica que participen en instituciones dedicadas a la atención del adulto mayor.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1. Descripción de la Institución

La práctica profesional dirigida, se realizó en el Hogar Valle de los Ángeles, es una institución privada dedicada a brindar atención y cuidados ambulatorios y permanentes, las 24 horas del día los 7 días de la semana a personas de la tercera edad independientemente de las capacidades físicas o mentales que puedan presentar.

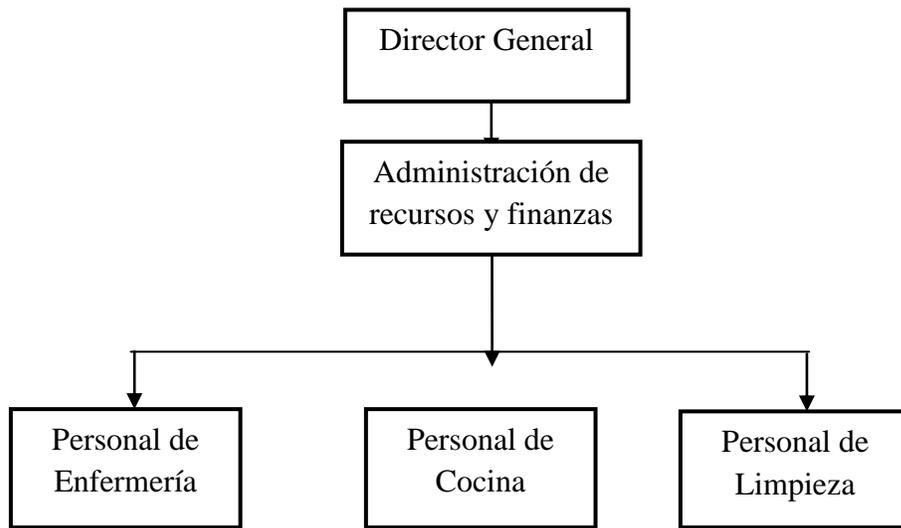
Se cuenta con personal de enfermería, personal de cocina y de limpieza, para el cuidado de los pacientes en dos turnos de 24 horas y médico de cabecera.

El Hogar es una casa con tres niveles, cuenta con habitaciones privadas, semiprivadas y comunales, áreas sociales con televisor y equipo de sonido en cada nivel, baños semiprivados y comunales con accesorios adecuados para la seguridad y apoyo de los pacientes, área de jardín y dos mascotas.

1.2. Ubicación de la Institución

Está ubicado en la 8ª avenida y 19 calle, zona 8 de Mixco, Residenciales La Isla, Sector B-2, San Cristóbal II

1.3. Organización



Fuente: elaboración propia

1.4. Programas establecidos

El hogar recibe visitas semanales periódicas de grupos de orientación religiosa judeo cristiana y católica que realiza estudios bíblicos o discusiones de temas religiosos. Además recibe quincenalmente a jóvenes del programa de Fábrica de Sonrisas, quienes realizan actividades lúdicas con los residentes del hogar.

1.5. Misión

Proveer al adulto de la tercera edad un hogar cómodo con cuidados adecuados a su condición, respetando su integridad física, emocional para mantener un adecuado nivel de calidad de vida.

1.6. Visión

Ser una excelente opción para el cuidado y atención del adulto y la adulta mayor.

1.7. Población que se atendió

Durante el ejercicio de la práctica se atendió personas de la tercera edad entre 70 y 89 años y un niño, nieto de una de las personas que laboran en la institución.

1.8. Planteamiento del problema

Según la OMS, el envejecimiento es una condición natural del ser humano y es un grupo poblacional en aumento, por lo cual se debe velar porque haya mejores condiciones para su atención.

En Guatemala el 6.2 % de la población está en la etapa de la tercera edad o adulto y adulta mayor, de 65 años en adelante, según el último censo del Instituto Nacional de Estadística realizado en el 2002. De esta población solo el 31% está incluido en programas desarrollados para apoyar a los guatemaltecos que se encuentran en esta etapa de la vida, 17% son pensionados y pensionadas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el programa de Invalidez Vejez y Sobrevivencia IVS, y el 19 % recibe beneficios del Programa del Aporte Económico del adulto y la adulta Mayor. Estas instituciones se enfocan en apoyar la salud física y contribuir con un aporte económico básico a personas que se encuentran en edad de retiro.

Existe poca educación y prevención enfocada hacia la etapa del y la adulta mayor, por lo general, las personas que llegan a la tercera edad no cuentan con recursos económicos para poder sobrevivir o recibir atención médica, por lo que quedan a cargo de familiares. Actualmente la mayoría de miembros de las familia guatemaltecas trabajan, dificultando el cuidado de los y las adultos mayores, por lo que se recurre a utilizar los servicios de instituciones públicas y privadas dedicadas al cuidado de este grupo de la población, sobre todo si el adulto y la adulta mayor sufre condiciones incapacitantes como consecuencia de una enfermedad médica, como un evento cerebro vascular.

Los adultos y adultas, que ingresan a una de estas instituciones, experimentan sensaciones de abandono, falta de productividad e independencia, por la separación física de sus familiares y pérdida de su rol productivo. Su adaptación dependerá de su capacidad para enfrentar distintas crisis que le han tocado vivir, la condición médica, apoyo familiar y ambiente que le rodea.

Sí su adaptación no es adecuada, es posible que la persona sufra de trastornos en el estado de ánimo; los estados depresivos se consideran , como una característica propia de esta etapa de la vida, se conceptualiza “normal” que un anciano experimente pérdida de apetito, falta de interés, sentimientos de culpa, angustia, poca actividad física, recreativa y social; la persona de la tercera edad, tiene bastante tiempo libre, su campo de acción está limitado a las actividades que se puedan realizar por su condición física, acorde a su edad y dolencias físicas, paulatinamente van perdiendo independencia; disminuyen o se anulan las responsabilidades que les mantenían ocupados y motivados, siendo de suma importancia que las instituciones privadas y estatales, como los equipos multidisciplinarios de salud integral, conozcan y apoyen los programas para adultos de la tercera y cuarta edad con el propósito de mantener una adecuada calidad de vida y lleguen a un final feliz en su ciclo de vida

Por lo anteriormente expuesto, se genera la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuáles son las causas relevantes de estados depresivos en adultos mayores de la tercera edad?

1.9. Objetivos

Objetivo General

- Identificar las causas relevantes de estados depresivos en adultos mayores de la tercera edad

Objetivos específicos

- Describir los estados depresivos en los y las adultos mayores de la tercera edad
- Detallar los principales trastornos médicos que generan estados depresivos en adultos y adultas de la tercera edad
- Enumerar los principales procesos psicoterapéuticos de apoyo a los y las adultos de la tercera edad
- Estructurar un documento psicoeducativo de la temática investigada al centro donde se desarrollo la práctica profesional supervisada dirigido al personal de la institución.

Capítulo 2

Marco Teórico

2.1. Adulto Mayor

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 ancianos, a los que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes longevos o grandes viejos. A todo individuo mayor se le denominará de la tercera edad. La OMS señala que el envejecimiento es la condición natural del ser humano, por lo que se debe velar porque haya mejores condiciones para su atención. (Dionne, 2004)

En el desarrollo psicosocial, la personalidad en la vejez no cambia mucho según varias investigaciones, es una etapa del desarrollo con sus propios problemas y tareas especiales. Hay una tendencia a que se reevalúe la vida, completar asuntos inconclusos y decidir cómo canalizar mejor sus energías, para pasar el tiempo que les queda de vida. Hay algunos que desean dejar un legado para sus hijos o hijas o a la sociedad y transmitir los frutos de su experiencia y validar el significado de su vida, otros desean realizar las actividades favoritas por las que nunca tuvieron tiempo cuando eran más jóvenes. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2004).

La salud física de los y las adultos mayores ya no es la misma que antes, han perdido amistades, familiares, generalmente al cónyuge y puede ser que no tengan los mismos ingresos económicos o dependan de un familiar. El adulto y la adulta mayor enfrentan la realidad de envejecer en una sociedad que los margina, sintiéndose como si fuera poco útil a su familia, amigos o comunidad, sufren la experiencia de vivir autoestima en decadencia, incluso la depresión. (Consejo Directivo Fundación del Empresario Chihuahuense, A.C., s.f.)

Es poco probable que las personas que tuvieron un carácter hostil se vuelvan dulces únicamente por el hecho de llegar a la edad adulta, para ello es necesario pasar por un proceso psicoterapéutico. La creencia que los ancianos y ancianas deben ser depresivos por la edad, no es una condición normal de esta etapa de la vida. Según estudios longitudinales de cuatro generaciones durante 23 años reportaron que las emociones como la inquietud, el aburrimiento, la soledad, la infelicidad y la depresión disminuyeron con la edad. Emociones como la excitación,

interés, orgullo y logro permaneces estables hasta la vejez, aunque disminuyen de manera gradual. Los episodios depresivos pueden ser la recurrencia de un trastorno depresivo de inicio temprano, es decir antes de los 60 años o aparecer hasta esta edad. (García & et.al., s.f.)

Para el y la adulto mayor, su mejor logro es un sentido de integridad del yo, un logro basado en la reflexión sobre los alcances de su propia vida. Los ancianos y las ancianas necesitan evaluar, sintetizar y aceptar sus vidas para admitir la proximidad de la muerte. Dependiendo de los resultados obtenidos en las etapas anteriores, se esfuerzan por lograr un sentido de coherencia e integridad, en lugar de rendirse ante la desesperación por su incapacidad de revivir el pasado de forma diferente.

La virtud que se desarrolla, según Erickson, es la sabiduría, que significa aceptar sin grandes arrepentimientos la vida que le tocó vivir, sin detenerse en lo que debería haber hecho. Por ejemplo aceptar a los padres que les tocó, sin llegar a ser perfectos, que hicieron lo mejor que pudieron y merecen amor. Aceptar la propia muerte como el final de la vida, proceso que es inevitable, categorizándola como una existencia vivida lo mejor que se pudo.

La gente que no logra esta aceptación se siente abrumada, por la desesperanza al darse cuenta que el tiempo es demasiado corto para buscar cómo integrar su yo, es normal sentir cierta desesperanza, pero no se debe perder el compromiso vital con la sociedad. Esto no solo proviene de reflexionar sobre lo que se ha realizado en el pasado, sino con la estimulación y el desafío continuo, a través de diversas actividades como programas de ejercicio físico, trabajo creativo y relaciones con familiares y amigos, sobre todo con los nietos (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2004).

Los factores psicosociales que afectan más a la población del adulto y la adulta mayor son: necesidad de ser escuchado, pérdida de roles sociales, sentimiento de soledad, aislamiento social, miedo a enfermarse, miedo a la muerte, Inadaptación a la jubilación.

2.1.1 Principales teorías del envejecimiento

Desde que un ser humano, es concebido experimenta procesos de desarrollo. El desarrollo humano es el estudio científico de los procesos de cambio y estabilidad a lo largo del ciclo vital humano. El cambio y la estabilidad ocurren en varios dominios del yo, el desarrollo físico, el desarrollo cognoscitivo y desarrollo psicosocial. Aunque se estudian por separado, en la realidad están entrelazados y a lo largo de la vida cada uno afecta a los otros, por lo que cada uno es importante para toda la vida. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2004)

El desarrollo físico se refiere al crecimiento del cuerpo, cerebro, capacidades sensoriales, habilidades motoras y salud. El deterioro en el desarrollo físico puede causar problemas de aprendizaje, deterioro intelectual y de la personalidad.

El desarrollo cognoscitivo se refiere al cambio y la estabilidad en habilidades mentales, como el aprendizaje, la atención, la memoria, el lenguaje, el pensamiento, el razonamiento y la creatividad. Una persona con dificultades para expresarse, por ejemplo, puede originar reacción negativas hacia los demás, disminuyendo su popularidad ante su círculo social o familiar y sentido de auto valía.

El desarrollo psicosocial se refiere al cambio y la estabilidad en las emociones, la personalidad y las relaciones sociales, afectando el funcionamiento cognoscitivo y físico. Las capacidades físicas y cognoscitivas contribuyen a la autoestima y afectan la aceptación social y la elección de ocupación. El apoyo social contribuye a que una persona pueda afrontar los efectos negativos del estrés en la salud física y mental.

Existen diferentes propuestas para establecer los períodos del ciclo de vida del ser humano. Papalia estudia una secuencia de ocho períodos, generalmente aceptados en sociedades industrializadas de Occidente. La última etapa es donde se encuentra el adulto y la adulta mayor y es denominada “Edad adulto tardía”.

Es la última etapa del ciclo de la vida, de los 65 años en adelante. La gente debería ser saludable, activa, aunque se presente deterioro de la salud y habilidades físicas. La inteligencia y la memoria se deterioran en algunas áreas, pero una persona saludable busca como compensar este cambio.

En el desarrollo psicosocial, es la etapa de retiro de la actividad laboral, ofreciendo nuevas opciones para el uso del tiempo. La gente necesita, estrategias de afrontamiento de pérdidas personales y la muerte inminente. Las relaciones familiares y de amigos pueden proporcionar apoyo valioso. La búsqueda del significado de la vida, adquiere máxima importancia. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2004)

Erick Erickson propuso un ciclo vital, modificando las etapas psicosexuales, establecidas por Freud, las cuales se basan en que la personalidad se moldea en la niñez temprana, enfatizando la influencia de la sociedad en el desarrollo de la personalidad y que el desarrollo del yo es a lo largo de la vida. Cada una de estas ocho etapas involucra lo que Erickson denominó una crisis de la personalidad. Cada una de las crisis que se presentan en las distintas etapas debe ser resuelta para un desarrollo saludable del yo.

Cada etapa, requiere del equilibrio entre una tendencia positiva y negativa, ambas son necesarias en diferente grado, la positiva para avanzar positivamente hacia la siguiente y la negativa para protegerse del peligro.

La etapa que corresponde a la del adulto y la adulta mayor se denomina integridad del yo frente a desesperación: el adulto y la adulta tardío logra la aceptación de su propia vida, lo que permite la aceptación de la muerte o desespera por la incapacidad de volver a vivir la vida. La virtud que se desarrolla es la sabiduría.

Según Albert Bandura, el aprendizaje cognoscitivo social se da en el medio social, las personas adultas adquieren conocimientos, reglas, habilidades, estrategias, creencias y actitudes, por medio de la observación.

La teoría cognoscitiva social, considera que el funcionamiento humano se basa en interacciones de factores personales, conductas y acontecimientos en el medio. El aprendizaje es construido como una actividad de procesamiento de información en la que el conocimiento se trata cognoscitivamente, ocurre mediante ejecuciones reales y de manera vicaria por la observación de modelos reales, simbólicos, medios electrónicos, escuchar instrucciones o leer material impreso. (Shunck, 1997)

2.1.2. Geriatria

La geriatría es la rama de la Medicina Interna, que estudia los aspectos fisiológicos y enfermedades de la vejez. Se deriva del vocablo griego *Geron*, que significa vejez y de *tría* que significa curación. El geriatra es el especialista en medicina que se enfoca en la salud del adulto y adulta mayor. Esta especialista además de los conocimientos biomédicos debe tener bases sólidas en Gerontología.

La Gerontología, del griego *Gerento*, anciano y *logos* tratado, es el conjunto de conocimientos y estudio del envejecimiento. Abarca aportaciones de todas las disciplinas científicas, artísticas, filosóficas, emocionales, sobre este fenómeno. La Geriatria constituye el área biológica médica de la Gerontología.

Desde tiempos muy antiguos, ha sido motivo de observación e investigación, el cambio que ocurre en el ser humano por el envejecimiento. Hay indicios de estos estudios desde tiempos de Aristóteles en la antigua Grecia. El estudio científico del envejecimiento inicia a principios del siglo 20, por el doctor Mechnikov, premio Nobel de Medicina, quien en 1904, expone una teoría del envejecimiento, introduciendo por primera vez el término Gerontología.

En 1909, aparece por primera vez el término Geriatria en la obra de Ignatz Leo Nasser, “Las enfermedades de la ancianidad y sus tratamientos”, publicada en Estados Unidos.

Para el especializarse en Geriatria, se debe dominar los conocimientos de la fisiología y fisiopatología del adulto joven, así diferenciarla de la patología del adulto mayor. Su principal objetivo no es la curación, control, compensación y rehabilitación física de los padecimientos, enfermedades de un anciano o anciana, sino restituir la autonomía e independencia de los pacientes en una forma de vida satisfactoria para él.

Este objetivo distingue la Geriatria de la Medicina Interna, la cual abarca únicamente la clínica hospitalaria. Esto se debe a que en el anciano o anciana, ocurren cambios en la composición corporal, mecanismos homeostáticos en la fisiología o funcionamiento de aparatos, órganos o sistemas, que determinan diferencias profundas con el o la adulto joven. Además de la separación

en el diagnóstico médico, de los cambios comunes del envejecimiento usual y los cambios que se deben a una patología.

2.1.3 Marco legal sobre la etapa de la adultez mayor

Las condiciones de la tercera edad, en dentro de la sociedad guatemalteca, los ubica como una población vulnerable a que el entorno sea condicionante de que aparezcan estados de destrucción subjetiva y que sufran de trastornos emocionales. Debido a que existen pocos estudios sobre los pobladores de la tercera edad, dificultando establecer como es la situación socioeconómica o emocional en ellos. (Mayorga, 2012)

La Oficina del procurador de los derechos humanos, presentó un informe donde destaca que en Guatemala el 40% de la población supera los 60 años de edad, 900 mil se encuentran en situación de desigualdad, pobreza, supresión, violencia y discriminación. 37 de cada 100 denuncias por maltrato, violencias intrafamiliar, física o psicológica son hacia un adulto mayor.

A nivel jurídico en Guatemala existen varias leyes en relación a la protección de las personas adultos mayores que a continuación se describen, incluso esta declarado el 15 de noviembre, según Decreto No. 25-2009, como el día del adulto y la adulta Mayor. (González, 2011).

a. Constitución Política de la República de Guatemala. Título I. La persona humana, fines y deberes del Estado

En la Constitución Política de la República de Guatemala se determina que todo ciudadano guatemalteco cuenta con el derecho a una vida digna, cubriendo necesidades de vivienda, vestido, alimentación, asistencia médica, servicios sociales, así como asegurar su calidad de vida en caso de invalidez, enfermedad, vejez o viudez. El estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y la familia, garantizando a sus habitantes la vida, libertad, justicia, seguridad, paz y desarrollo integral.

Dentro de los derechos sociales, el Estado protege la salud física, mental y moral de menores de edad y de los ancianos, garantizando su derecho a alimentación, salud, educación, seguridad y previsión social.

El derecho a la Seguridad Social, es una función pública nacional, unitaria y obligatoria, pues todos los empleadores y trabajadores deben contribuir a este régimen. El ente encargado de administrar la seguridad social es el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS. En el 2005, la Asociación Guatemalteca de Invalidez, Vejez y Supervivencia (AGIVISS) reporta pensiones de diversos montos, siendo las más bajas de Q 200.00 al mes, cantidad que es insuficiente para una vida digna del jubilado. (Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, 2005)

b. Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad, Decreto No. 80-96 del Congreso de la República de Guatemala

Para poder brindar, protección a la población adulta que no cuenta con cobertura social, representación, ni posibilidad de satisfacer sus demandas, se decretó la Ley de la Protección para las Personas de la Tercera Edad, decreto No. 80-96. Para poder garantizar que las instituciones que atienden este sector de la población cumplan con la atención adecuada a este sector de la población se formó el Comité Nacional de Protección a la Vejez (CONAPROV)

c. Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar, Decreto Número 97-96 del Congreso de la República de Guatemala

Esta normativa, se encarga de proporcionar atención y protección a los ancianos y ancianas que sufren de violencia intrafamiliar.

d. Código de Trabajo, Decreto número 1441 del Congreso de La República de Guatemala

En este decreto, se incluyen aspectos relacionados a la vejez, indemnización e invalidez; las obligaciones de pensión económica que deben cubrirse por parte del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), así como justificar la suspensión de labores por motivos de alcanzar edades en donde se debe considerar el retiro velando por la integridad de la persona, considerando.

e. Código Penal, Decreto No. 17-73

Este decreto, determina que los reclusos mayores de sesenta años no se encuentran obligados a trabajar.

f. Código Civil, Decreto Ley No.106

Este decreto, excusa a los ciudadanos guatemaltecos de sesenta y cinco años de edad a ejercer tutela y pro tutela

g. Ley de Servicio Civil, Decreto 18-98

Esta ley, decreta que los empleados del estado de Guatemala tienen el derecho de jubilación.

h. Ley Constitutiva del Ejército, Decreto 72 – 90

Esta ley, excluye a los y las adultos mayores a no estar obligados a prestar servicio militar.

i. Defensoría del adulto y la adulta mayor

La Procuraduría de los Derechos Humanos, mediante el acuerdo de la secretaría general número 15-98, creó la defensoría del adulto y la adulta mayor, la cual se encarga de brindar el apoyo a programas, acciones políticas públicas para que este grupo poblacional tenga participación en la sociedad guatemalteca con respeto y reconocimiento de sus derechos como ciudadanos, así como brindar atención a las demandas de las necesidades frente a instituciones del estado guatemalteco, promoviendo acciones su beneficio.

La defensoría del adulto y la adulta mayor, protege a todos los adultos mayores, hombres y mujeres, que viven en el territorio guatemalteco, mayor de sesenta años de edad, sin distinción de religión, raza, origen, nivel socioeconómico. Además cuenta con programas de atención para el trámite de denuncias de violación a los derechos de los adultos mayores, programas que buscan fortalecer las relaciones con familiares, voluntariado de adultos mayores y para la reducción de desastres (Hernández, 2008)

2.2. Estados depresivos en el adulto y la adulta mayor

Los estados depresivos en el adulto y la adulta mayor son problemas prioritarios que se presentan en esta área de la población. Estos trastornos, con frecuencia, no son detectados y tratados, a pesar de que pueden ser controlados en un proceso de psicoterapia. Los síntomas de los estados depresivos en el adulto y la adulta mayor, tienen impacto negativo en la calidad de vida de quien la sufre.

Las razones por la que no es tratado este estado, en el anciano y la anciana son: la creencia que la vejez y envejecimiento es sinónimo de depresión deterioro, desnutrición, aislamiento, inmovilidad. entre otros. así como la dificultad en el diagnóstico de algún estado depresivo por la forma atípica de cómo se puede presentar. Durante la vejez se presentan diferentes síntomas depresivos del tipo social, biológico y psicológico. (Sosa & González, 1998)

Por lo general se suele primar la disforia y la apatía sobre la tristeza, es frecuente aparición de ansiedad y agitación psicomotora, que puede relegar a un segundo plano la alteración del estado de ánimo. Los síntomas vegetativos, como la anorexia e insomnio, pueden manifestarse de modo impreciso y reproducir manifestaciones clínicas de multitud de trastornos médicos. Se presenta intensidad de insomnio, manifestaciones somatomorfas, preocupaciones somáticas e hipocondríacas, que tienen su máxima expresión en formas depresivas psicóticas, como ideas delirantes de ruina y culpa.

Es difícil determinar, entre signos vegetativos depresivos y enfermedades médicas con manifestaciones de carácter psicológico. También hay fármacos utilizados para el control de enfermedades médicas que pueden desarrollar síntomas depresivos (Reyes & Morales, 2006).

Para evaluar la depresión es recomendable utilizar escalas confiables, entre estas se encuentra la Escala de Depresión Geriátrica, GDS o EDG, el test de depresión de Zung, por el contrario, la escala de depresión de Hamilton, no se recomienda para el diagnóstico, sino para establecer la severidad de la depresión, porque los síntomas generales de enfermedades pueden sesgar los resultados, ya que esta prueba incluye síntomas somáticos.

Cuando el paciente posiblemente depresivo padece de demencia, su deterioro cognitivo no permite la identificación de síntomas depresivos, por lo que se recomienda utilizar la escala de Cornell, la cual es aplicada por el médico, cuidador o familiar que más convive con el paciente, para determinar si los cambios en su conducta son debidos o no a depresión. (Sosa & González, 1998)

Existen varios tipos de trastornos depresivos que se caracterizan por una alteración del humor. Se dividen en tres grupos:

- Episodios afectivos: Dentro de esta categoría se incluye episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco,
- Trastornos del estado de ánimo: Estos trastornos están divididos en Trastornos depresivos o unipolares, trastornos bipolares, trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.
- Episodios afectivos recientes para aumentar la especificidad diagnóstica y proporcionar subgrupos más homogéneo, facilitar la selección del tratamiento y pronóstico (American Psychiatric Association, 1995)

El episodio depresivo mayor, puede ocurrir una vez en el curso de la vida de una persona, pero generalmente es repetitivo a lo largo de la vida. Los criterios para depresión mayor requieren la presencia de al menos cinco síntomas en un mismo periodo de dos semanas. Estos síntomas deben de ser estado de ánimo deprimido no atribuibles a síntomas de esquizofrenia o desórdenes ilusionales o trastornos psicóticos no especificados, así como síntomas que se deban a intoxicación por uso de drogas. (García & et.al., s.f.)

El trastorno distímico, se caracteriza por síntomas menos graves, pero de larga duración, dos años o más. Los síntomas no incapacitan a una persona pero si puede impedir desarrollar una vida normal.

Los síntomas en los trastornos del estado de ánimo pueden ser diversos, varían según la persona, lo que dificulta en la identificación de éstos. Los más comunes son sentimientos de tristeza, pérdida de interés, ausencia de sentimientos y actividades placenteras e incomodidades físicas

La depresión es dos veces más común en mujeres, que en hombres, la manifestación de síntomas también varía según el género. Los hombres manifiestan fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en actividades que resultaban placenteras y alteración en el sueño, las mujeres experimentan sentimientos de tristeza, culpa excesiva y se consideran poco útiles. Los hombres tienen más probabilidades de utilizar drogas o alcohol o trabajo excesivo para contrarrestar los efectos de la depresión. Aunque las mujeres son las que más intentos de suicidio realizan, los hombres son los que más mueren por suicidio. (Nance, s.f.)

Esta clasificación de cuadros depresivos, no incluye una clasificación específica para los ancianos, varios pacientes de este grupo, no cumplen con los criterios establecidos en el DSM IV, aunque numerosos pacientes no cumplen los criterios establecidos en estos manuales de clasificación, el criterio clínico constituye un elemento fundamental. (Dechent R., 2008)

2.2.1. Causas de los estados depresivos en el adulto y la adulta mayor

En la dinámica de la depresión se involucra el tipo de personalidad que el paciente ha desarrollado en su vida previa, pero pueden representar el inicio de síndromes psicopatológicos de comienzo tardío. En este caso se debe investigar, la existencia de una reacción vivencial de características depresivas como respuesta a un contexto sociofamiliar y personal difícil. Las depresiones endógenas y las máscaras depresivas como manifestaciones conductuales de procesos orgánicos de base, sobre todo en el caso de demencia (Moreno, 2011).

No existe una respuesta clara que explique porque unas personas se deprimen y otras no. En algunos casos sucede sin razón aparente. También no puede explicarse como un fenómeno biológico o psicológico puro, sino intervienen varios elementos. Algunos de estos elementos son:

a. Médicas-hormonales

Uno de los casos más frecuentes de depresión vinculada a enfermedades médicas en el anciano es de las denominadas depresiones vasculares, que para su diagnóstico debe haber evidencia clínica de factores de riesgo cardiovascular o enfermedad vascular, lesiones cerebrales, inicio en la tercera edad o cambio en el curso o evolución de depresión previa. (Moreno, 2011)

Son diversas las enfermedades médicas que pueden causar alteraciones del humor además de las depresiones vasculares, entre estas se encuentran las enfermedades neurológicas degenerativas como la enfermedad de Parkinson o enfermedad de Huntington, enfermedades metabólicas por falta de alguna sustancia o elemento necesario para el funcionamiento adecuado del cuerpo, como las vitaminas; enfermedades endocrinas, infecciones víricas y enfermedades cancerosas. (American Psychiatric Association, 1995)

Se considera que, existen causas fisiológicas sobre la depresión, por irregularidad de los neurotransmisores, en especial la noradrenalina, esta condición es frecuente en individuos propensos a estados depresivos.

Aunque existen teorías, sobre la transmisión genética de estados depresivos, el mecanismo exacto de la herencia aun no se ha establecido, por la condición del estado de ánimo y la relación con el ambiente, otras personas o eventos. (Reyes & Morales, 2006)

Durante la transición de la menopausia, algunas mujeres experimentan mayor riesgo de sufrir depresión. Los cambios en los niveles de hormonas femeninas como el estrógeno afectan la química cerebral que puede desencadenar un trastorno del estado de ánimo.

b. Emocionales

La soledad en el anciano o anciana es un problema que puede presentarse en el adulto y la adulta mayor por la serie de vivencias y cambios que pueden ayudar a la aparición del sentimiento de soledad. La soledad se ha investigado desde los años 50, pero a partir de los años 80's es que se publican estudios empíricos.

En la etapa de adulto mayor suceden una serie de pérdidas que facilitan la aparición del sentimiento de soledad, la soledad la describe V. Maldoz "como el convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso a ese mundo de interacciones, siendo una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros, carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales para lograr intimidad emocional".

Existen dos tipos de soledad:

- **Objetiva:** Hacer referencia a la falta de compañía, pero no implica una vivencia desagradable, para el individuo, ya que puede ser una experiencia buscada y enriquecedora, aunque sea una condición obligada, que se da en la mayoría de casos de las personas de la tercera edad.
- **Subjetiva:** La padecen las personas que se sienten solas. Es un sentimiento doloroso, que causa miedo en un gran número de personas mayores, y nunca es una situación buscada.

El síndrome de la soledad, es un estado psicológico que sucede como resultado de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de las actividades dentro de la sociedad a la que se pertenece y la sensación de fracaso en la vida.

La Organización Mundial de la Salud, describe el término envejecimiento activo “como el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objeto de ampliar la esperanza de vida saludable, productividad y la calidad de vida en la vejez”. Busca promover el máximo de autonomía posible, es decir, potenciar la propia capacidad para controlar, afrontar y tomar decisiones sobre la vida diaria.

La soledad, es la consecuencia del deterioro progresivo de los refuerzos sociales, familiares, culturales, vulnerabilidad ante las enfermedades, disminución de las capacidades de percepción de los sentidos, funciones intelectuales y motoras, desencadenan sentimientos de falta de defensa por parte de los adultos mayores ante esta circunstancia.

En el plano físico, afecta el sistema inmunológico, dolores de cabeza, problemas de corazón, digestivos, dificultades para dormir. En el plano psicológico: baja autoestima, depresión o alcoholismo, ideas suicidas.

Factores causales de la soledad:

- **Crisis asociadas al envejecimiento:** Crisis de identidad, crisis de autonomía y crisis de pertenencia

- Síndrome del nido vacío: Cuando los hijos comienzan una vida independiente, los padres esperan que ellos van a responder de la manera que consideran (los padres) adecuada. El incumplimiento de este compromiso causa deterioro en las relaciones paterno-filiales.
- Relaciones familiares pobres: Cuando la relación con los hijos no se fortalece durante la vida activa de los adultos, al alcanzar las edades de adulto mayor, se frustran si la relación con los hijos no es suficiente en cantidad, calidad e intensidad.
- La muerte del cónyuge: Esta es la principal causa del sentimiento de soledad en el adulto y la adulta mayor.

c. Familiares

Este es uno de los aspectos más importantes, que influyen en el estado de ánimo. Normalmente un adulto mayor va sufriendo cambios que pueden hacer que se vuelva dependiente poco a poco o abruptamente. La persona provoca molestia en los demás, porque duerme en el día, tiene hábitos diferentes, lo que motiva a los familiares a dejarlo en un hogar de ancianos sin una preparación emocional para aceptar a vivir solo sin su familia y la pérdida de la independencia. (Tzun & Coy, 2006)

d. Laborales

Un factor fundamental en el adulto y la adulta mayor, que puede causar trastornos en los estados afectivos es la jubilación, porque una de las cosas que más identifican al hombre y la mujer es el trabajo, cuando cesa esta actividad, se siente inútil, sobre todo por vivir en una sociedad en donde el trabajo dignifica, está orientada a logros, y significa estabilidad económica, la cual posiblemente se pierde, si no se tuvo un plan preventivo, cuando se termina la actividad laboral.

2.2.2. Características de la depresión en el anciano - anciana

Los síntomas característicos de la depresión en general, son la ansiedad, afecto deprimido, retardo psicomotriz y síntomas somáticos, además de alteración cognoscitiva e incluso síntomas psicóticos. En los ancianos además se observan las siguientes características:

- La ansiedad se presenta en un 15% de adultos mayores, lo que corresponde a la prevalencia de depresión en esa población.
- Se considera que, las alteraciones del estado de ánimo son parte del proceso de envejecimiento, por lo que no se recibe tratamiento adecuado.
- El retardo psicomotor no es considerado en el adulto o la adulta mayor, por lo que los síntomas característicos de la depresión quedan enmascarados.
- Hay prevalencia de síntomas somáticos como cefalea, astenia, palpitaciones, dolor generalizado, mareos, disnea y trastornos funcionales digestivos.
- Las alteraciones cognoscitivas se consideran obvias en el anciano y anciana asociadas a la demencia.
- La ideación pesimista es común.
- La ocurrencia de hipocondría y alucinaciones se puede observar en pacientes graves.

2.2.3. Efectos de los estados depresivos en la salud mental de los y las adultos mayores

Algunos efectos que causan los estados depresivos en los ancianos y las ancianas son:

a. Deterioro cognitivo

La depresión, es la causa de la varianza en el desempeño cognitivo, en 3 a 16% de los adultos y las adultas entre 60 a 90 años. Aún se está determinando si hay relación entre depresión y formas de demencia son independientes de problemas vasculares. Se está proponiendo que la depresión constituye una manifestación temprana del desarrollo de demencia.

b. Comorbilidad

La depresión, se vincula con otros problemas de salud, incluyendo trastornos de ansiedad, uso de drogas, suicidio, enfermedades del corazón sobre todo infarto al miocardio, pobre respuesta inmunológica, dolor crónico, problemas gastrointestinales.

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial se relacionan con trastornos del estado de ánimo, observándose resultados positivos en la evolución de la salud de las personas que padecen estas

enfermedades al reducir la sintomatología depresiva de los pacientes. Pacientes con Alzheimer y depresión mayor asociada, muestran limitaciones en el funcionamiento global y actividades diarias.

Se han obtenido resultados de algunos estudios, en relación entre la depresión y la condición de salud del paciente. Los y las pacientes con estado de salud deficiente tienen menos probabilidades de recuperarse totalmente de un episodio depresivo a pesar del tratamiento. La depresión es desfavorable cuando el o la paciente presentan depresión secundaria a una patología médica. (García & et.al., s.f.)

c. Mortalidad

La depresión en geriatría, ha sido asociada con un elevado índice de mortalidad. Los ancianos deprimidos tienen alto porcentaje de enfermedades físicas, las largas estadías hospitalarias dificultan el éxito de un procedimiento terapéutico.

Independientemente de la edad, los trastornos mentales son factores de riesgo para la consumación de un suicidio. Este riesgo se incrementa en personas que presentan síntomas depresivos importantes o un episodio depresivo mayor, aunque hay que considerar otros factores como la existencia de la pareja, el estado de salud y el apoyo social. (García & et.al., s.f.)

2.3. Principales procesos de abordaje para personas de la tercera edad

2.3.1. Terapia Ocupacional

La terapia ocupacional, es la práctica que aplica o utiliza la ocupación como medio terapéutico con el objetivo de preservar, promover, mantener, restablecer y mejorar la salud o aliviar una situación que afecta al bienestar del ser humano, logrando independencia o mejorando la calidad de vida.

Ocupación se refiere al grupo de actividades, que tienen un significado personal y sociocultural para las personas. La ocupación está determinada por la cultura y promueve la participación de las sociedades. (Corregidor, 2010)

Por lo general el adulto y la adulta mayor sufren de disfunción ocupacional, es decir, que pierde la capacidad para desempeñar actividad funcional efectiva, la persona es más frágil, inicia un deterioro funcional. La ocupación en la vejez busca el envejecimiento activo, el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejece, las personas mayores deben sentirse valoradas y reconocidas por su experiencia en la vida, de ser protagonistas de su condición y de poder tomar las decisiones que consideren adecuadas en base a su situación personal y social. (Sosa & González, 1998)

2.3.2. Estimulación cognitiva en el adulto y la adulta mayor

Cada etapa del ciclo vital encierra sus conflictos nucleares específicos, pero también abre nuevas expectativas. En el modelo de la discapacidad cognitiva, no todas las personas tienen la capacidad suficiente para comprender el significado de las actividades o las directivas que le da el profesional, por lo tanto las actividades pueden fallar si no se tiene en cuenta el nivel del intelecto con su nivel de funcionamiento, ante esta cuestión es necesario tener en cuenta al menos cuatro puntos de referencia:

- Cuál es el nivel del intelecto que posee la persona
- Cuáles son las actividades que puede hacer
- Cuales desea hacer
- Cuáles son las que está en condiciones de hacer.

Con una estimación inicial, que le proporcione un punto de referencia acerca de los cuatro puntos mencionados, se pueden realizar sus intervenciones de manera más eficiente y efectiva, para seleccionar y utilizar evaluaciones de seguimiento pudiendo así verificar y confirmar la capacidad cognitiva funcional de la persona, cómo esta capacidad impacta en el desempeño, y cómo las demandas de la actividad y los contextos pueden ser modificados o adaptados para que puedan optimizar el desempeño. (Valverdi, s.f.)

El seguimiento de la evaluación, puede incluir la interacción adicional con la persona que está siendo evaluada, con la familia o los cuidadores para comprender mejor lo que la persona es

capaz de hacer, lo que la persona está interesada en hacer, y lo que es posible en el contexto de la persona, así como para proporcionar más conocimientos acerca de los patrones de comportamientos observados durante las evaluaciones. Siempre que sea posible, es importante realizar el seguimiento de las evaluaciones que se les ofrecen a las personas en el desempeño de las actividades y como estas han significado para ellos. Esto permitirá asegurarse de que están motivados para producir su mejor desempeño.

Las actividades adecuadas, para el o la paciente son aquellas que luego de estimar que actividades puede hacer o cuales desea hacer, permita determinar cuales está en condiciones de hacer dentro de su capacidad cognitiva funcional.

Aunque existan limitaciones cognitivas, por áreas del cerebro que se han visto afectados por una enfermedad o lesión, los esfuerzos de intervención deben estar menos enfocados en el área específica del cerebro que se ha visto lesionado, y mucho más sobre el resto de la capacidad de procesamiento cognitivo. Estas capacidades residuales y desempeño relativo, deben corresponderse con las demandas de la actividad para permitir un óptimo desempeño funcional y participación en actividades significativas de la vida cotidiana.

Para poder realizar de manera correcta la estimulación cognitiva que permita hacer uso de la capacidad con la que cuenta el o la adulto mayor se deben tomar en cuenta las siguientes actividades:

a. Escribir notas efectivas

Cuando el o la paciente centra su atención en resumir una información, ayuda a focalizar que es lo que se ha realizado durante el día, resumirlo, y transcribirlo en palabras. Este proceso le permite fijar la información en la memoria, facilita la cantidad de cosas que se deben o quieren recordar, secundariamente a esto facilita la evocación y doblemente el ejercicio mental.

b. Organizar la memoria de los lugares

Poner siempre los elementos en el mismo lugar, de manera que se establezca un hábito en la memoria, si los elementos están en el mismo lugar la organización facilitará siempre saber dónde buscar cosas que se utilizan de rutina, como: llaves en el llavero, libros en la biblioteca, teléfonos celulares y anteojos sobre la mesita de noche.

c. Conformar una lista de tareas pendientes

Realizar una lista de todas las tareas que tiene que hacer pegándolas en muebles, refrigeradora, tableros, una vez finalizada la tarea pendiente marcar la tarea realizada.

d. Utilizar un calendario semanal o mensual de las actividades

Establecer un calendario en el cual se pueda tener presente las actividades de toda la semana o mes, para facilitar recordar visitas con el médico, cumpleaños u otros acontecimientos.

e. Tener siempre a mano una agenda

Permitirá tener siempre presente todo lo que se debe hacer. Algunas de ellas contienen calendarios, directorio alfabético de teléfono, indicadores de actividades, estos elementos contribuyen a organizar actividades.

f. Desarrollar hábitos de memoria

Realizar actividades repetitivas favorece la creación de los hábitos, beneficia a la memoria porque automatiza ciertas actividades que facilita el recuerdo.

g. Crear rutinas

Tanto los hábitos, las rutinas, como los mismos comportamientos, facilitan el buen funcionamiento cotidiano en personas que presenten o se sospeche amnesia. Sí, se les realizan

cambios abruptos, las personas se desestructurarán y se confundirán provocando en algunas ocasiones daños irreversibles a su propia persona.

h. Utilización de ayudas externas

Utilizar un diario íntimo permitirá que los pacientes anoten información relevante sobre su pasado, presente y futuro. La utilización del mismo resultará beneficioso para el paciente debido que al leerlo se oriente y su vida tenga un sentido, con pasado, presente y futuro, una historia de vida.

i. Utilización de objetos

Algunos objetos determinados les permitirán recordar citas, cumpleaños, eventos, entre otros, estos objetos pueden ser libretas electrónicas, reloj despertador, teléfonos celulares con alarmas y recordatorios. Otras estrategias pueden ser hacer un nudo en un pañuelo, cambiarse un anillo de dedo, o anotar en un papel y luego colocarlo en el anillo, poner notas en lugares donde pueda verlos, agrupar objetos como llaves, agenda, portafolio o anteojos para que al usarlos estén todos a su disposición.

j. Otras personas

Un cuidador, cuidadora o familiar puede resultar de utilidad, debido a que estos les harán saber qué actividades debe realizar durante el día.

2.3.3. Estrategias farmacológicas y no farmacológicas

Cuando las poblaciones son con envejecimiento normal, los programas de estimulación cognitiva se pueden diseñar como una respuesta a quejas de pérdida de memoria, mientras que en pacientes que presentan procesos neurodegenerativos como la Enfermedad de Alzheimer, mal de Parkinson, demencias, entre otros, las intervenciones consistirán en un tratamiento farmacológico con intervenciones complementarias de terapia ocupacional, como también de otras disciplinas.

El objetivo principal, tanto de las intervenciones complementarias farmacológicas como no farmacológicas, es retardar el deterioro cognitivo favoreciendo el mantenimiento de las competencias necesarias para las actividades de la vida cotidianas. Existe una gran variedad de fármacos para éste tipo de tratamiento, por tratarse de patológicas que solo interviene un médico con especialidad en neurología, es necesario que se conozcan algunas estrategias no farmacológicas:

a. Orientación a la realidad

Consiste en orientar al paciente acerca de la información relacionada con la actualidad, en tiempo, espacio y lugar, permitiendo que este pueda distinguir entre fechas, datos personales, o circunstancias que han sido relevantes a lo largo de su vida, por ser una técnica que incluye comunicación verbal, visual, escrita o gestual es una de las técnicas que permiten minimizar tanto la desorientación como la confusión que presenta el paciente.

Estos tipos de abordajes, son indicados para propiciarle al paciente la estimulación necesaria que permita mejorar o mantener el estado de desorientación, mediante una comunicación fluida entre terapeuta-paciente.

b. Orientación tiempo-espacial

Este abordaje permite trabajar tanto el tiempo como el espacio, para este tipo de actividad es necesario repasar acontecimientos como, fiestas tradicionales, cumpleaños, fechas históricas, entre otros.

c. Sucesos del pasado o recientes

El recuerdo de los acontecimientos transcurridos a lo largo de la semana anterior permite reforzar la identidad, la autoestima y la autoconfianza, fortalecer además la memoria episódica y reducir la apatía y la apatía que provoca estar en establecimientos geriátricos, la cual se ve aumentada debido a que no es lugar usual de residencia.

d. Lectura de Noticias

Los pacientes mediante la lectura de las noticias, recuerdan acontecimientos actuales tanto nacionales como internacionales, políticos, económicos, sociales, y culturales, este abordaje refuerza la memoria semántica, la fluidez verbal y también reduce el aislamiento debido a que esta actividad requiere el intercambio de información permitiendo de esta manera la socialización.

e. Categorización semántica

Mediante este abordaje los pacientes ejercitan competencias funcionales como son la calificación, organización verbal, ortografía o la imaginación, a través de la lectura de textos en periódicos, revistas, libros, clasificando los conceptos principales o palabras significativas, a través de la construcción de asociaciones y decodificaciones contextuales.

f. Estimulación de las Funciones ejecutivas

Consiste en realizar ejercicios matemáticos, geométricos y de aritmética, permitiendo la resolución de problemas, estimulando la atención, concentración, y el razonamiento abstracto, cuyo objetivo es fortalecer la capacidad para el control mental, facilitar el juicio, la planificación, el razonamiento abstracto, la flexibilidad mental y la toma de decisiones.

g. Modificación o adecuación ambiental

En aquellos pacientes con condiciones médicas estables o con discapacidades a largo plazo que producen limitaciones cognitivas residuales, lesiones traumáticas, discapacidades del desarrollo, demencia, esquizofrenia, las estrategias de intervención más variables, son las compensaciones ambientales, estas compensaciones buscan igualar la limitación producida por la patología cerebral, modificando el ambiente donde se desarrollan las tareas, para compensar las capacidades deficientes. Consiste en realizar cambios necesarios en el entorno del paciente para que realice las actividades de modo más seguro, adaptando los elementos a sus necesidades,

permitiendo además que pueda ser lo más independiente posible, durante más tiempo y beneficiando al paciente para que se sienta menos frustrado ante las demandas del entorno.

h. Técnicas de comunicación y terapia de validación

Este tipo de abordaje, pretende favorecer desde la comunicación la relación terapeuta-paciente, en donde el profesional refuerza con palabras positivas toda actividad que el paciente realiza en forma inexacta, evitando que entre en conflictos internos y abandone la tarea, incrementa además su autoestima ante la posible declinación de las alteraciones cognitivas, reforzando la identidad personal del paciente, revalorizando la dignidad personal. Para este abordaje un aspecto a tener en cuenta es hablar claro y pausadamente, ofrecer mensajes cortos y claros, utilizar un tono de voz adecuado y audible, solicitar las cosas de modo agradable y dar el tiempo que sea necesario para responder como para realizar las actividades, una buena medida es sentarse a la izquierda de la persona para que pueda ver cómo llevar a cabo cada actividad.

i. Musicoterapia

Satisfacer las necesidades emocionales, sociales y espirituales son unos de los objetivos y metas de este abordaje, favoreciendo además la estimulación sensorial como de la memoria, estimulando a que realice una buena entonación melódica, y ejercitando la capacidad auditiva rítmica. Otro complemento es la construcción de instrumentos musicales para poder ejecutarlos, o alternando con el canto y el baile facilitando así la estimulación de las funciones cognitivas alteradas o manteniendo las funciones que se están deteriorando.

j. Ludoterapia

Realizar distintos juegos, tiene la particularidad de que casi ninguna persona se niega a involucrarse debido a que el hombre es un ser incapaz de responder a jugar. A través de este abordaje se pueden facilitar algunos cambios en la conducta habitual, facilita la capacidad para mantener el interés, focalizar la atención, disminuir algunos efectos de la depresión, ansiedad o desesperación. Si se logra que el paciente se integre a esta actividad y secundariamente obtenga

resultados positivos, consecuentemente aumentará su autoestima y facilitará la inclusión a los distintos grupos. (Valverdi, s.f.)

k. Terapia de Reminiscencia

Es un abordaje agradable, útil, y de fácil aplicación, debido a que parte de fotografías personales, libros, revistas, vestimentas, artículos domésticos, y todo elemento que sea de importancia propician el recuerdo de eventos que marcaron su vida. Se evocan acontecimientos históricos y vitales del o de la paciente y se prioriza las vivencias que ha experimentado el paciente frente a la capacidad de recordar.

El objetivo de esta intervención es estimular la identidad y la autoestima del paciente. La reminiscencia se refiere generalmente al recuerdo hablado de aquellos acontecimientos por los que ha pasado la persona, estando solo o en compañía de uno o más individuos. Esta técnica facilita hacer una revisión de estos hechos para estimular y favorecer el recuerdo. Hacer una revisión de la vida, es hacer una revisión de las metas y anhelos que se formularon a lo largo de su historia. Generalmente esta revisión, es una ayuda para incentivar al paciente a que realice las actividades relacionadas con las que no pudo llevar a cabo en su etapa productiva.

Capítulo 3

Referente Metodológico

3.1 Metodología

Para alcanzar los objetivos del presente trabajo, se utilizó el método cualitativo, en relación al marco teórico y al proceso de práctica profesional supervisada se realizaron las siguientes técnicas:

Observación, entrevistas no estructuradas, pruebas proyectivas y escalas psicométricas, fueron instrumentos utilizados para recolectar información e investigar la problemática que presentaron en sus historias clínicas cada uno de los pacientes atendidos.

Como metodología clínica, para recolectar síntomas de cada paciente se aplicaron las siguientes pruebas proyectivas:

- Test de la Figura humana
- Test del Árbol
- Test de la Familia
- Test de apercepción temática para edades avanzadas, por sus siglas en inglés (Senior Aperception Test) SAT
- Test de Frases incompletas de Sacks

Y los siguientes test psicométricos:

- Escala de Depresión Geriátrica
- Escala de Soledad de UCLA
- Test de Ansiedad de Hamilton
- Test de Temperamentos

Como metodología para generar psicodiagnósticos se utilizaron los criterios multiaxiales del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4ta edición, DSM IV TR.

Como metodología psicoterapéutica se utilizaron los enfoques cognitivo conductual, logoterapia, y Gestalt, terapias de apoyo en procesos individuales de toda la población atendida en el Hogar de Ancianos Valle de los Ángeles.

3.2. Delimitación

Área Geográfica: la práctica profesional dirigida se realizó en el hogar para el adulto y la adulta Mayor Valle de los Ángeles, donde se realizaron las prácticas supervisadas.

Población: Se atendieron adultos mayores hombres y mujeres que habitan el hogar para el adulto y la adulta Mayor Valle de los Ángeles, durante el período de práctica supervisada. Se hicieron entrevistas y pruebas psicológicas con la finalidad de obtener información de los pacientes.

3.3. Tiempo de Práctica

La recolección de información cualitativa, se realizó durante el tiempo de la práctica supervisada, la cual inició el 11 de febrero y finalizó el 08 de octubre de 2013.

Capítulo 4

Presentación de Resultados

A continuación se presenta el Informe Psicológico del paciente que se atendió en el Hogar de Ancianos Valle de los Ángeles por trastornos del estado de ánimo durante el proceso de la Práctica Profesional Dirigida, así como otros tres casos con diferente patología.

Durante el ejercicio de la práctica supervisada se observó la tendencia de los adultos mayores a presentar trastornos del estado de ánimo, por lo que este trabajo se enfoca en estos casos en particular.

Entre las causas relevantes de estados depresivos en los y las adultos mayores de la tercera edad se encuentra la soledad por la sensación de abandono de los familiares al ser enviados a una institución especializada para su grupo poblacional, o por la pérdida del cónyuge por fallecimiento o separación. Esta separación puede ser por la imposibilidad de la pareja del anciano o anciana para cuidarlo debido a la condición física del mismo.

Otra causa que origina trastornos en el estado de ánimo en los y las adultos mayores es la incapacidad física debido a una enfermedad médica. Entre las enfermedades médicas recurrentes en los ancianos y ancianas, que modifican su actividad física, destaca el evento cerebro vascular.

Debido a que ocasiona pérdidas severas e irreversibles en la capacidad de movimiento de partes del cuerpo, disminución en la capacidad cognitiva, motricidad fina, en algunos casos dificultad para comunicarse por medio del habla, entre otros.

Resulta difícil para el o la adulto mayor que sufre pérdida de sus facultades en general, aceptar ese cambio, considerándose poco capaz de realizar actividades de diversa índole satisfactorias que antes del evento realizaba, volviéndolo dependiente de otros para actividades que generalmente pueden hacer solos como el aseo personal, ir al baño, alimentarse.

Esta condición empeora el estado de ánimo cuando el paciente tiene pocos o ningún ingreso económico, porque lo obliga a depender de los familiares, generalmente los hijos, perdiendo otro

tipo de capacidades, como la toma de decisiones, poder adquisitivo de bienes o servicios que suplan necesidades básicas o gustos.

Existen otras enfermedades que causan trastornos en el estado de ánimo en los adultos mayores, entre estas se encuentran la enfermedad de Parkinson y trastornos en el sistema cardio vascular.

La falta de actividad productiva, como resultado de la jubilación, también es causa de trastornos depresivos en el y la adulto mayor, porque considera que ya no es útil para hacer un trabajo, que realizó durante toda su vida. Además de lo mencionando con anterioridad, la limitación económica debido al cese o disminución de un ingreso constante periódico, anudado a que en Guatemala existen programas de pensión económica y terapia ocupacional para el y la adulto mayor que no alcanzan la totalidad de este grupo poblacional.

También se indican logros y limitaciones que se presentaron durante el ejercicio de la práctica y resultados de algunas gráficas con el análisis correspondiente.

4.1. Logros

- Colaborar con un hogar para adultos mayores, que carece de servicio de atención a la salud mental establecido.
- Brindar atención psicológica al adulto mayor y alcanzar objetivos esperados.
- Alcanzar aprendizaje profesional por medio de la práctica y la teoría adquirida durante los años de la carrera psicológica

4.2. Limitaciones

- La resistencia de algunos pacientes a recibir atención en el área de salud mental
- El espacio disponible para atender a los pacientes, por carecer el hogar de un área adecuada eran atendidos en sus habitaciones.
- Falta de privacidad para realizar el proceso terapéutico.
- Horario de atención limitado por compromisos de trabajo.

4.3. Casos Clínicos de Trastornos del Estado de Ánimo

La catedrática a cargo de la práctica profesional dirigida fue la Lic. Melissa Lemus y la catedrática auxiliar Lic. Joan Zimieri.

Informe Cierre de Caso Clínico

I. Datos Generales

Nombre del Paciente: R. P
Edad: 74 años
Sexo: Masculino
Escolaridad: 2do año de medicina
Dirección: Hogar Valle de los Ángeles
Religión: Católica
Fecha de inicio de la Intervención: 22/02/2013
No. De Sesiones: 25

II. Motivo de Consulta:

El paciente refiere que “Se siente solo y se aburre de estar en el hogar de ancianos”

III. Descripción del Proceso:

El trabajo con este paciente dificultaba el que tomara las actividades en serio, por su temperamento sanguíneo enmascara su dolor en risas, burlas, chistes entre otros, que desviaba su atención hacia sus logros de conquistador y aventurero. Debido a que él no tiene una habitación individual, se trabajaba en una sala, que quedaba en el mismo nivel donde habita o en el área de comedor, pero esto hacía que se perdiera privacidad, pues el personal u otros internos del hogar llegaban a observar que se estaba realizando.

En un par de sesiones, fue posible conectarlo con su realidad, una de estas fue cuando se realizó la silla vacía, pudo expresar la culpa y responsabilidad que sentía por la ruptura de su primer matrimonio debido a la conducta enamoradiza que ha tenido desde su juventud. Le pidió perdón a su esposa por haberle causado enojos, tristezas, frustraciones. Se le dificultó despedirse de ella, pero lo hizo.

Cuando se realizó la técnica del espejo, fue catártico para él, expresó lo mucho que le afectaba estar así incapacitado, lo cual había motivado que se fuera a vivir a este hogar de ancianos. El cual no le gusta, sobre todo porque está en el tercer nivel y no puede moverse como quisiera, por la falta de rampas o elevadores que le permitan desplazarse hacia otros ambientes del hogar, relacionarse con otros internos, así como participar de las actividades que programan en el hogar.

IV. Impresión Diagnóstica/Diagnóstico

R. expresa inseguridad en sí mismo, la cual enmascara con la faceta de conquistador poderoso y vigoroso hacia el sexo femenino, que considera débil, como lo refleja en el test de la figura humana, sosteniendo la creencia que puede conquistar a cualquier mujer a pesar de su estado físico, emocional y económico actual.

Posiblemente mantuvo esa conducta, a lo largo de su vida desde su adolescencia hasta la actualidad, por la búsqueda constante de aprobación por parte de su madre, que nunca obtuvo, tanto en su faceta de conquistador de mujeres, su participación en el movimiento guerrillero y el no terminar sus estudios universitarios.

Se escuda en la fantasía y en sus glorias del pasado como mecanismo de defensa para no enfrentar la realidad y permitir que lo derrumbe. El vivir solo, alejado del cariño de una esposa, que no pudo retener, ni hacer que regrese, o que lo cuidara cuando más necesita de atención.

El nivel de soledad que obtuvo como resultado de la escala de UCLA, es severo por lo que requiere atención para que aprenda a vivir placenteramente con su propia compañía, encuentre la oportunidad de renovar su vida con las capacidades actuales y en el lugar donde vive.

El estado de ánimo depresivo según resultado de la escala geriátrica de depresión es leve, aunque puede incrementarse en R., al no lograr mejorar su condición física, económica, afectiva y social actual.

Por su temperamento sanguíneo sus reacciones son enfocadas hacia la expresión de alegría, buen humor, querer llamar la atención, dominar la conversación, aparentando ser muy seguro de sí, cuando probablemente no sea así. Puede ser, que sus conductas estén enmascarando el deterioro de sus capacidades y su verdadero estado emocional.

R. se le diagnostica, trastorno del estado de ánimo debido a evento cerebro vascular por cumplir con el criterio del DSM IV, caracterizado por estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades y con el criterio B, pues la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, en este caso el Evento Cerebro Vascular, que lo dejó imposibilitado de caminar, ser independiente y darse cuenta que está solo, que las relaciones que construyó son superficiales o poco profundas.

V. Diagnóstico Multiaxial

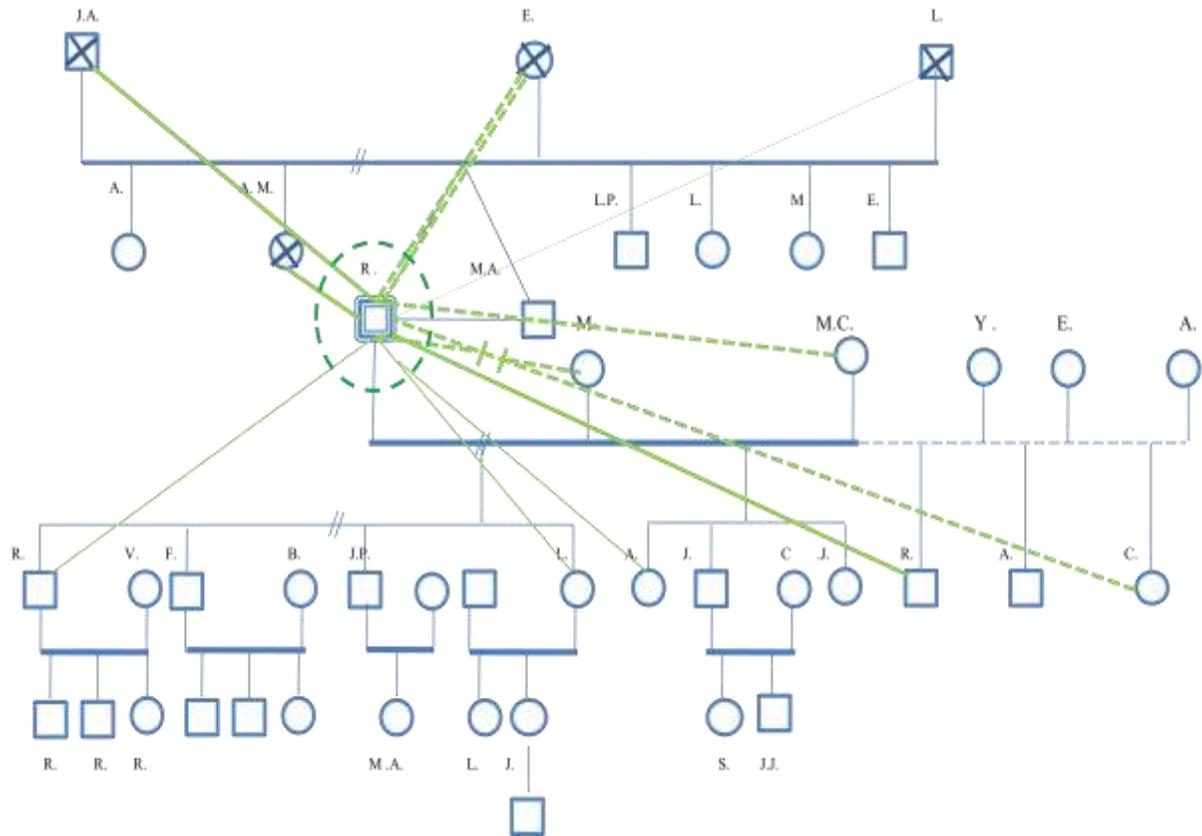
EJE I F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido a Evento Cerebro Vascular
EJE II: Z03.2 Sin diagnóstico en el eje II
EJE III: Evento Cerebro Vascular
EJE IV: Cambio de hogar
 Vivir solo
EJE V: EEAG = 55 (actual)

VI. Recomendaciones

Aplicar plan ocupacional para que su vida tenga sentido cada día, se dé cuenta que aún puede hacer muchas cosas a pesar de la inmovilidad de sus extremidades de lado izquierdo.

Evaluar si hay posibilidades de que sea trasladado al primer nivel del hogar para que tenga más participación en actividades que se organizan en el hogar y que fuera una habitación individual, para que tenga su privacidad.

VII. Genograma



Paciente: R.

Edad: 70 años

Marzo 2013

VIII. Presentación de Plan Terapéutico

- Objetivo General

Que el paciente controle su estado de ánimo y adaptación al cambio de sus capacidades físicas

- Objetivos específicos:

Que el paciente aprenda a identificar, experimentar emociones y no enmascare su tristeza.

Apoyar al paciente a aprender a realizar actividades con los recursos que tiene para mejorar su calidad de vida

Mejorar autoestima en el paciente

Tabla 1. Plan Terapéutico R.

No. de Sesión	Objetivo Específico	Actividad Descripción	Materiales
1	Presentación de programa terapéutico. Motivar al paciente a aceptarse como es	Lectura capítulo 1 Libro Usted Puede Sanar su vida de Louise Hay y hacer ejercicio del espejo, para establecer que tanto se acepta a sí mismo.	Libro electrónico, computadora
2	Motivar al paciente a aceptarse como es	Lectura capítulo 2 Libro usted puede sanar su vida de Louise Hay, hacer ejercicio. Debería	Libro electrónico, computadora. Hoja impresa con la palabra Debería y cinco líneas
3	Encontrar orígenes de creencias negativas sobre sí del paciente	Lectura capítulo 3 Libro usted puede sanar su vida de Louise Hay, hacer ejercicio: mensajes negativos	Libro electrónico, computadora. Hoja impresa con la palabra Mensajes negativos de: parientes, maestros, amigos, figuras de autoridad, de su iglesia
4	Examinar los modelos mentales que tiene el paciente	Lectura capítulo 4 Libro usted puede sanar su vida de Louise Hay	Libro electrónico, computadora

No. de Sesión	Objetivo Específico	Actividad Descripción	Materiales
5	Motivar al paciente a cambiar sus creencias distorsionadas por creencias positivas de sí mismo	Lectura capítulo 5 Libro usted puede sanar su vida de Louise Hay, hacer ejercicio: Estoy dispuesto a cambiar y Ejercicio la disposición a cambiar	Libro electrónico, computadora
6	Enseñarle al paciente conceptos de Terapia Ocupacional	Explicación al paciente sobre que es la terapia ocupacional y las áreas que abarca	Material impreso y electrónico con el tema de terapia ocupacional
7	Establecer el programa de terapia ocupacional (TO) para el paciente en las áreas de participación social , de trabajo y de juego	Evaluar con el paciente las áreas de participación social, de trabajo y de juego que realiza o puede realizar el paciente e incluirlas en el programa de TO	Formato para dejar por escrito el programa de TO
8	Establecer el programa de terapia ocupacional (TO) para el paciente en las áreas de ocio Dejar tarea de caricias por escrito	Evaluar con el paciente las áreas de ocio e incluirla en el programa de TO Que busque 10 personas en el hogar de ancianos que le escriban en las hojas cualidades que ven en el paciente y le entreguen el sobre cerrado	Formato para dejar por escrito el programa de TO Hojas y sobres

No. de Sesión	Objetivo Específico	Actividad Descripción	Materiales
9	Cerrar círculo con la madre y la primera esposa	Hacer carta gestáltica	Hojas, lapiceros
10	Cierre y revisión de caricias por escrito	<p>Revisar las cualidades que los demás ven en el paciente y revisar aplicación de técnicas</p> <p>Indicar que se está para apoyarle si se diera la necesidad de hacerlo</p>	<p>Nota de agradecimiento por el tiempo y colaboración al proceso,</p>

Conclusiones

- Los factores que causan estados depresivos en los y las adultos mayores son la soledad por abandono o pérdida de seres queridos, el padecer una enfermedad médica Incapacitante con deterioro en las funciones y capacidades básicas del cuerpo humano, la disminución o anulación de la remuneración salarial por actividad laboral y la falta de actividades periódicas atractivas y satisfactorias.
- Los estados depresivos en adultos mayores de la tercera y cuarta edad tienen la misma clasificación que los establecidos al resto de la población a pesar que no siempre presentan los criterios para diagnosticar un trastorno del estado de ánimo.
- Los estados depresivos son el episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto, episodio hipomaníaco, distimia, trastorno bipolar, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.
- Los principales trastornos médicos que generan estados depresivos en adultos de la tercera y cuarta edad son eventos vasculares que incluyen enfermedades cardíacas y a nivel neuronal.
- Los principales procesos psicoterapéuticos de apoyo a los adultos de la tercera y cuarta edad son el enfoque cognitivo conductual para modificar creencias, logoterapia con el objetivo de buscar sentido a la vida y la gestalt para el cierre de círculos.

Recomendaciones

Para el Centro de Práctica

1. Incluir atención periódica en el área de la salud mental a los adultos mayores que habitan el hogar Valle de los Ángeles.
2. Desarrollar un programa de capacitación de técnicas de autocuidado emocional para el personal que atiende a los adultos mayores que habitan el hogar.
3. Establecer plan de acompañamiento psicológico para huéspedes de nuevo ingreso al hogar Valle de los Ángeles orientado a la prevención de trastornos del estado de ánimo y adaptación al cambio.
4. Implementar un plan de terapia ocupacional enfocado al adulto mayor
5. Evaluar las instalaciones del hogar para facilitar el desplazamiento de huéspedes con capacidades diferentes a otros ambientes del hogar, reduciendo el riesgo de aislamiento y falta de participación en actividades por esta limitante.

Para la Universidad Panamericana

1. Incluir dentro del pensum de estudios de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social, información sobre patologías del adulto y la adulta mayor.
2. Evaluar implementar clínicas de atención psicológica para que sean de apoyo a la población guatemalteca y sean atendidas por estudiantes de 4to y 5to año, durante el ejercicio de su práctica profesional supervisada.
3. Iniciar el curso de Metodología de Investigación desde el segundo trimestre del 5to año de la carrera, para que el estudiante pueda contar con más tiempo para realizar el trabajo de investigación de la práctica profesional supervisada.

Referencias

Bibliográficas

American Psychiatric Association. (1995), *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV*. Masson. España.

Corregidor, A.I. (2010), *Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología*. Editorial Ergon. España.

Hay, L. (1984), *Usted puede sanar su vida*. Ediciones Urano, España.

Moreno, A. (2011), *La Depresión y sus Máscaras*. Editorial Médica Panamericana, Argentina.

Papalia, E.D., Wendkos Old, S., Dustin Feldman, R., (2006), *Desarrollo Humano*. Editorial McGraw Hill Interamericana, México.

Reyes, F., Morales, D.C. (2006), *La depresión y sus consecuencias en pacientes mayores de 65 años, de ambos sexos, reclusos en casa geriátrica María de Antigua Guatemala*. Universidad de San Carlos, Guatemala.

Shunck, D.H. (1997), *Teorías del Aprendizaje*. Editorial Prentice.Hall. México.

Sosa, A., González, H. (1988) *Depresión en el Anciano*, Universidad Autónoma de México, México.

Citado de Internet

Consejo Directivo Fundación del Empresario Chihuahuense. A.C. (s.f.), *Adulto Mayor: una nueva etapa de vida*. Recuperado 21 de septiembre 2013 http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_adulto_mayor_una_nueva_etapa_de_vida.pdf

Dechent R.C. (2008), *Depresión geriátrica y trastornos cognitivos*. Revista Hospital Clínica Universidad de Chile. Recuperado 21 de septiembre 2013, http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6258/deploy/depresion_geriatrica.pdf

Dionne, M.F. (2004), *Centro de Recreación para Adultos Mayores*. Recuperado el 1 de noviembre de 2013, http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/

García, C. et. al. (s.f.), *Depresión en el Anciano: una perspectiva general, Salud del Adulto Mayor*. Recuperado el 21 de septiembre 2013, <http://salud.edomexico.gob.mx/html/>

González, E. (2011), *Feliz día Adulto Mayor Guatemalteco*, Periódico *La Hora*. Recuperado 21 de septiembre 2013, <http://lahora.com.gt/index.php/opinion/opinion/columnas/147875-feliz-dia-adulto-mayor-guatemalteco>

Hernández Flores, Y. (2008), *Importancia de la debida protección de los derechos humanos del adulto mayor en la sociedad guatemalteca*. Recuperado el 21 de septiembre de 2013, http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04_7323.pdf

Martín, M.R. (2009), *La soledad en el anciano*. Recuperado el 11 de noviembre 2013, http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2009000400003&script=sci_arttext

Mayorga, L. (2012) *Adultos Mayores Carecen de Atención Estatal*. Recuperado 9 de septiembre de 2013, http://www.prensalibre.com/noticias/comunitario/Ancianos-carecen-atencion-estatal_0_676732336.html

Nance, D.C. (s.f.), *Depresión en el adulto mayor*. Recuperado el 8 de mayo 2013. <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>

Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala (2005), *Adulto Mayor y Condiciones de Exclusión en Guatemala*. Recuperado 9 de septiembre 2013, http://www.odhag.org.gt/pdf/R_EXCLUSION_ADULTO_MAYOR.pdf

Tzun, E.D., Coy, M.E. (2006) *Propuesta de un programa de atención para disminuir la depresión en personas adultas mayores internadas*. Recuperado el 25 de noviembre 2013, <http://es.scribd.com/doc/185648054/Depresion-Adultos-mayor-Internado>

Valverdi, J. (s.f.) *Estimulación cognitiva en los adultos mayores de la mente al objeto*. Recuperado el 9 de septiembre 2013, <http://mundoasistencial.com/guias/guias-estimulacion-cognitiva/estimulacion-cognitiva-adultos-mayores-mente-al-objeto.pdf>

Anexos

Anexo 1

Programa del Curso Práctica Profesional Supervisada

Evaluación:

Nota Máxima de Aprobación: 100 puntos
 Nota mínima de Aprobación: 70 puntos.

Contenido Temático del Curso:

Contenido:	Fecha:
1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico 2. Trabajo en comunidades de riesgo 3. Detección de situaciones de resiliencia 4. Creación de programas y proyectos	

Metodología: Criterios para el Desarrollo del Curso:**Metodología:**

- El estudiante-practicante hará los contactos y acercamientos pertinentes para iniciar una relación de apoyo en un centro de práctica: centros de salud, centros de atención clínica-psicológica, comunidades organizadas, ONGs o similar.
- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil prestablecido, para lo cual se extiende de una carta en papel membretado firmada y sellada por las autoridades pertinentes.
- La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
- Los alumnos deberán apegarse a los lineamientos por la supervisora de práctica, los cuales se dan desde el inicio del curso, así mismo cumplir con las normas del centro de práctica.
- Dentro del Campus, la clase de práctica se dividirá en dos momentos: la primera hora de clase, se enfocará en la presentación de casos de parte de los estudiantes, en los que deberán escoger un caso de los que tengan a su cargo, y presentarlo a la clase según especificaciones presentadas con anticipación para su retroalimentación. En la segunda hora, se hará la supervisión de casos en grupo, en donde cada alumno llevará un caso para presentar a la supervisión, con dudas y situaciones en las que necesite guía y retroalimentación, tanto de parte del docente, como de sus compañeros.
- El proceso de evaluación es uno sólo, lo cual implica que el trabajo en el Centro de Práctica, tanto como en la clase presencial en la Universidad, afecta su nota.
- Al finalizar deberán presentar un informe final y someterse a los requerimientos estipulados. El practicante será evaluado según su actuación durante el transcurso de la práctica, tanto por la Universidad como por las autoridades del centro donde la realizó.
- Es importante resaltar que la evaluación tomará en cuenta tanto aspectos teóricos y de aplicación de los contenidos en la práctica directamente, así como su actitud profesional y su ética en el manejo de los casos, indispensables para un profesional de la psicología y consejería.

Calendarización Anual:

Enero
Entrega de programa, explicación de procedimientos y registros.
Explicación de hojas de registro de procesos y Perfil Institucional.
Febrero
Entrega de autorización escrita de centros de práctica. Reforzamiento de temas de evaluación, diagnóstico e intervención.
Primera parte: presentación de caso 1 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: presentación de caso 2 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Marzo
Primera parte: Presentación de caso 3 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual mes de febrero
Primera parte: Presentación de caso 4 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2 Entrega Perfil Institucional
Primera parte: presentación de caso 5 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: presentación de caso 6 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Abril
Primera parte: Presentación de casos 7 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1 Entrega informe mensual marzo
Primera parte: Presentación de casos 8 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de casos 9 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de casos 10 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Mayo
Cierre de primera fase. Autoevaluación Entrega informe mensual abril
Junio
Primera parte: Consideraciones generales y entrega de Memo Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 11 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Julio
Primera parte: Presentación de caso 12 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual mayo
Primera parte: Presentación de caso 13 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 14 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 15 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Agosto
Primera parte: Presentación de caso 16

Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual junio
Primera parte: Presentación de caso 17 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 18 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 19 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 20 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Septiembre
Primera parte: Presentación de caso 21 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2 Entrega de informe mensual Julio
Primera parte: Presentación de caso 22 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Octubre
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 1
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 2
Noviembre
Entrega de informes finales.

Bibliografía:

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson. México
- Psicología Anormal. BarlowD. Y Durand. M.. Thomson Learning. "a. edición México
- Manual de Psicopatología, Belloch A. , Sandin B.& Ramos, F. McGraw Hill, primera edición, México
- Psiquiatría Clínica Moderna. Kolb, L. Prensa Médica Mexicana
- La Patología Mental y su Terapéutica. De la Fuente Ramón. Fondo de Cultura Económico
- La Entrevista Psiquiátrica. Harry Stack Sullivan. Edit. Psique
- Psicoterapia Grupal. José de Jesús González Nuñez. Manual Moderno
- Psicoterapia breve y de Emergencia. Bellak y Small. Edit. Pax
- Terapia Centrada en el Cliente. Carl Rogers
- Terapia Racional Emotiva. Ellis
- El Psicodrama. Moreno
- CRAIG, GRACE. Desarrollo Psicológico. Prentice Hall
- DORCH, F. Diccionario de Psicología. Herder
- AGUILAR, GUIDO, DE LEBL, BLANCA G., RECINOS. conductas problema en el niño anormal. Editorial Trillas
- COLLINS, GARY. Consejería Cristiana efectiva. Editorial Portavoz
- M. JACOBS. Esa Voz Interior.. Editorial Clie

Anexo 2

Cartas



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

Guatemala 12 de febrero de 2013

Doctor Daniel Flores
Hogar Vista El Valle
Presente

Estimado Doctor Flores,

Deseando éxitos en sus labores diarias, me dirijo a usted para solicitarle de manera cordial y respetuosa la oportunidad de realizar la Práctica Clínica Supervisada, correspondiente al último año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social, que nuestra casa de estudios imparte, ya que tenemos estudiantes interesadas en realizar su práctica en la institución que usted coordina.

Sería para nosotros de mucho agrado y para nuestras estudiantes de gran aprendizaje asistir a su prestigiosa institución: Hogar Vista El Valle. Por lo que solicitamos el espacio para la estudiante **Carolina Marroquín Marroquín**.

Cada estudiante, deberá llevar a cabo dicha práctica de Psicología Clínica, sustentando cinco casos clínicos continuos en los meses comprendidos entre febrero a octubre, por lo que le ruego desde ya tomar en cuenta y concederle la oportunidad de llevar a cabo el proceso ya relacionado, completando el formulario que se adjunta para la debida acreditación.

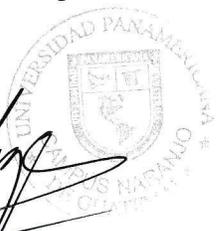
Agradezco de antemano su atención y quedo a la espera de su aprobación, que estoy seguro brindará experiencias de beneficio para nuestras instituciones.

Atentamente,

Lic. Mario Salazar

Director General Campus El Naranjo

Universidad Panamericana



Vo.Bo. Institución

DR. DANIEL ESTUARDO FLORES
COLEGIADO 7270

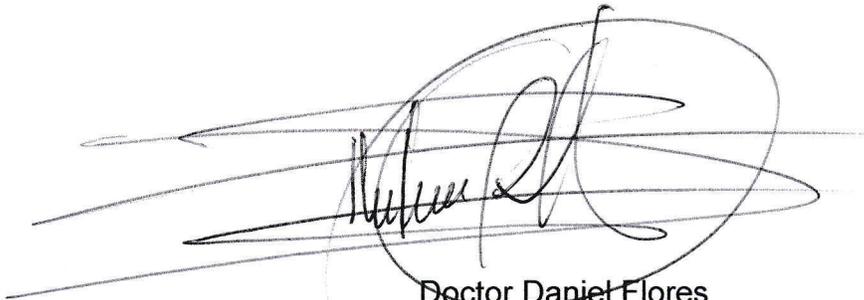
Guatemala, Noviembre 2013

Licenciada
Melissa Lemus
Catedrática Práctica Supervisada
Universidad Panamericana Extensión El Naranjo
Presente

Licenciada Lemus:

Por este medio hago constar que la alumna de 5to año de Psicología Clínica y Consejería Social, Carolina Marroquín Marroquín, realizó su Práctica Profesional Supervisada del 11 de febrero al 8 de octubre de 2013 en esta institución, atendiendo a siete pacientes internos en sesiones de una hora semanal.

Agradeciendo la atención a la presente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Daniel Flores', is written over a large, circular, scribbled-out area. The signature is somewhat stylized and overlaps with the scribbles.

Doctor Daniel Flores
Hogar Vista el Valle de los Ángeles

DR. DANIEL EDUARDO FLORES
COLEGIADO 7270

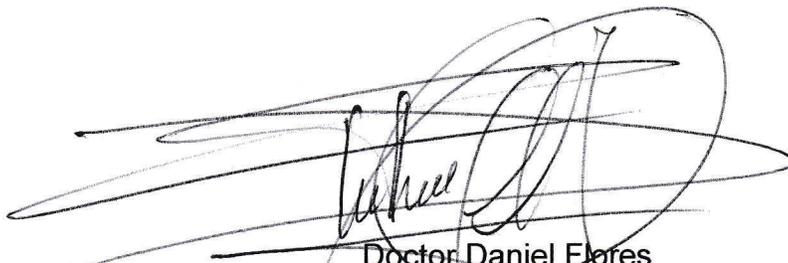
Guatemala, Noviembre 2013

Licenciada
Rebeca Chajón
Catedrática Metodología de la Investigación
Universidad Panamericana Extensión El Naranjo
Presente

Licenciada Chajón:

Por este medio hago constar que la alumna de 5to año de Psicología Clínica y Consejería Social, Carolina Marroquín Marroquín, entregó a nuestra institución una Propuesta titulada: "Propuesta para cuidadores del Adulto y Adulta Mayor con Trastornos del Estado de Animo"

Agradeciendo la atención a la presente,



Doctor Daniel Flores
Hogar Vista el Valle de los Ángeles

DR. DANIEL ESTUARDO FLORES
COLEGIADO 7270

Anexo 3

Propuesta para Centro de Práctica

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología y Consejería Social



**Propuesta para cuidadores del Adulto y Adulta Mayor con
Trastornos del Estado de Ánimo**

Hogar Vista el Valle de los Ángeles, Ciudad San Cristóbal, zona 8 Mixco

Carolina Marroquín Marroquín

Guatemala, noviembre 2013

Introducción

El propósito de ese protocolo es apoyar al personal que atiende el Hogar Valle de los Ángeles a identificar cuando una persona que se encuentra en la etapa de adulto mayor, muestra características de un posible trastorno del estado de ánimo

Este documento además de ayudarle a identificar la posibilidad de sufrir un estado depresivo en los residentes del hogar, para referirlo con un profesional de la salud mental, es una guía de cómo se puede enfocar el personal del Hogar Valle de los Ángeles para identificar áreas en donde el adulto mayor puede ocuparse, para prevenir o apoyar a disminuir la intensidad y de un trastorno del estado del ánimo.



El Adulto ya la adulta Mayor, una etapa maravillosa!

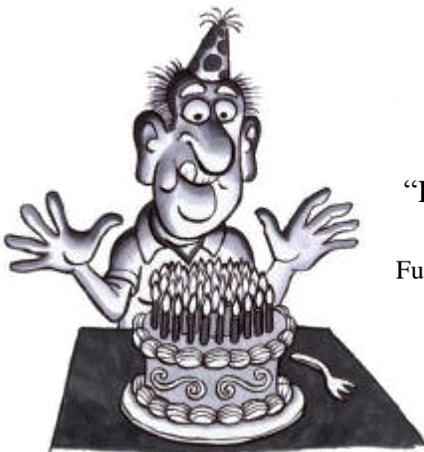
Según la Organización Mundial de la Salud las personas de edad avanzada tienen de 60 a 75 años, los ancianos y ancianas son personas mayores de 75 a 90 años y los longevos, personas que alcanzan más de 90 años.

Envejecer es una parte inevitable de la vida, la edad adulta tardía inicia aproximadamente a los 60 años, se tiene la creencia que es un periodo donde es normal estar triste, decaído, sin actividades, hay pérdida de capacidades físicas, mentales y económicas.

Aunque es probable que exista un deterioro en diversas capacidades, una persona saludable busca como compensar este cambio y enfocarse en disfrutar las ventajas de esta etapa de la vida.

Es una oportunidad para alcanzar sueños o metas que se quedaron pendientes por compromisos laborales, familiares que no permitieron realizar hobbies, aprender un idioma, artes plásticas, buscar un desarrollo espiritual, entre otros.

En Guatemala en el 2002 el 6% de la población es mayor a 60 años y se espera que para el 2025 se incremente al 7.3%.



“La razón se hace adulta y vieja; el corazón permanece siempre niño.”

Fuente Hipólito Nievo (1767-1835) *Político prusiano*

Trastornos del Estado de Ánimo en el y la Adulto

Mayor:

Los trastornos del estado de ánimo en el y la adulto mayor son problemas prioritarios en esta población pues no es fácil de identificar, y se cree que envejecer es sinónimo de deterioro, desnutrición, aislamiento, inmovilidad, entre otros.



Las razones por las que puede aparecer un trastorno del estado de ánimo en el adulto mayor son:

- Por causa de enfermedades médicas: las más comunes que se presentan son enfermedades cardiovasculares, lesiones cerebrales, Parkinson, etc. que pueden ser incapacitantes.
- Al terminar el periodo productivo laboral e iniciar la jubilación
- Soledad por pérdidas significativas por fallecimiento o abandono de amigos, familiares y cónyuge.
- Eventos estresantes como discriminación, violencia, maltrato, barreras arquitectónicas para desplazarse con facilidad.
- Cambios hormonales sobre todo estrógenos en la mujer.
- Cambio de hogar por cuidados especiales obligatorios por no poder ser autosuficiente.
- La personalidad que se haya desarrollado durante las etapas previas a la vejez.
- Antecedentes familiares de depresión u otros trastornos psiquiátricos.

La Soledad:

El síndrome de la soledad es un estado psicológico que sucede como resultado de pérdidas en el sistema de soporte individual, disminución de las actividades dentro de la sociedad a la que se pertenece y la sensación de fracaso en la vida desencadenan sentimientos de falta de defensa por parte de los adultos mayores ante esta circunstancia.

Existen dos tipos de soledad:

- **Objetiva:** Aunque siempre se refiere a la falta de compañía, no implica una vivencia desagradable, para el individuo, ya que puede ser una experiencia buscada y enriquecedora, aunque sea una condición obligada, que se da en la mayoría de casos de las personas de la tercera edad.

- **Subjetiva:** La padecen las personas que se sienten solas. Es un sentimiento doloroso, que causa miedo en un gran número de personas mayores, y nunca es una situación buscada.



¿Cómo detectar que un o una adulto mayor sufre algún trastorno del estado de ánimo?

Los trastornos del estado de ánimo de un o una adulto mayor pueden manifestarse de manera similar que a una persona más joven. Pero presenta características particulares:

- Abatimiento del estado de ánimo o por el contrario euforia excesiva.
- Tendencia a somatizar, cuando un trastorno emocional se convierte en un trastorno físico.
- Alteraciones del sueño
- Falta de, o excesivo apetito
- Problemas de atención, memoria, pseudo-demencia
- Sentimientos de culpa, pesimismo, baja autoestima, deseos de muerte sobre todo suicidio.

Aunque existen muchos instrumentos para medir la depresión La Escala de Depresión Geriátrica GDS, creada por Yesavage, es la más recomendable para utilizar con adultos y adultas mayores.

Es un cuestionario corto, originalmente tenía 30 preguntas, pero actualmente se utiliza el que tiene 15 preguntas. No sustituye un diagnóstico realizado por un profesional de la salud mental, pero es una guía útil y confiable para evaluar posible trastorno del estado de ánimo en esta población.



Escala de depresión geriátrica: Cuestionario corto

Escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? **SI / NO**
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? **SI / NO**
3. ¿Siente usted que su vida está vacía? **SI / NO**
4. ¿Se aburre usted a menudo? **SI / NO**
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? **SI / NO**
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? **SI / NO**
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? **SI / NO**
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? **SI / NO**
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? **SI / NO**
12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? **SI / NO**
13. ¿Se siente usted con mucha energía? **SI / NO**
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? **SI / NO**
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? **SI / NO**

Las respuestas en negrita indican depresión. Asigne 1 punto por cada respuesta en negrita.

Un puntaje > 5 puntos parece indicar depresión.

Un puntaje \geq 10 puntos es casi siempre un indicador de depresión.

Un puntaje > 5 puntos debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.

Fuente: <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>



Programa de Terapia Ocupacional

La terapia ocupacional surge del aporte de ciencias como la biología, psicología y ciencias médicas. La ocupación es un agente terapéutico con el propósito de preservar, promover, mantener, restablecer y mejorar la salud del adulto mayor.

La terapia ocupacional, basada en la terapia cognitiva conductual, busca potenciar la capacidad de elección de la persona, capacitándola para promover estilos de vida independiente, en diferentes áreas de su vida, así como centros de interés de la resiliencia, un proceso de fortaleza ante la adversidad. Los centros de interés son yo soy, yo puedo, yo tengo yo estoy.

El centro de interés yo soy busca fortalecer la capacidad de sentir que es una persona valiosa. El centro de interés yo puedo fomenta el sentimiento de utilidad y la capacidad de voluntad con propósito. El centro de interés yo estoy refuerza el estar bien con él mismo y por último el centro de interés yo tengo, fomenta sus valores personales y el valor de su entorno.

Tabla 1. Plan de Terapia Ocupacional

Área	Centro de Interés	Actividad	Capacidades
Actividades de la vida diaria	Yo puedo	Bañarse	Enjabonarse, agarrar los objetos con las manos, secarse las partes del cuerpo
		Higiene Personal y Aseo	Usar objetos para afeitarse, cepillarse el cabello, aplicarse desodorante, cremas, cuidado de las uñas, limpieza de dientes
		Cuidado de vejiga e intestino	Control Voluntario de esfínteres y uso de accesorios para ese fin
		Higiene del inodoro	Poder agarrar el papel de baño, mantenerse sentado en el inodoro, con equilibrio
		Vestido	Seleccionar su ropa y accesorios adecuados, vestirse y desvestirse, abrocharse botones y colocarse zapatos
		Comer y alimentación	Habilidad para manipular la comida, líquido en la boca y tragar, cortar con cuchillo, tenedor, pelar fruta, servirse agua de una jarra
		Movilidad Funcional	Movilidad en cama, cambios funcionales, movilidad en silla de ruedas, transferencias, deambulación y transporte de objetos
		Actividad Sexual	Actividades para llegar a la satisfacción sexual
		Cuidado de las ayudas técnicas personales	Cuidado y mantenimiento de artículos personales como audífonos, lentes, prótesis, andadores, etc.



Área	Centro de Interés	Actividad	Capacidades
Participación Social	Yo estoy	Comunidad	Participar en actividades que realiza la comunidad, además explorar nuevos intereses significativos para la persona
		Familia	Aprender a superar cambios, aceptar nuevo rol como un nuevo desafío
		Educación	Participación en educación formal a nivel académico y en informal como cursos, capacitaciones o entrenamiento
Área	Centro de Interés	Actividad	Capacidades
De Trabajo y de juego	Yo soy	Desempeñar el trabajo	Buscar un trabajo que pueda realizar, cumpliendo normas de trabajo: asistencia, puntualidad, relaciones apropiadas con compañeros y supervisores, terminar tareas asignadas y cumplir normas
		Preparación para la jubilación	Explorar nuevos intereses para que el proceso de jubilación sea más satisfactorio
		Participar en voluntariado	Averiguar las necesidades de la comunidad y organizaciones para desempeñar un trabajo de voluntariado
		Explorar el juego	Identificar en qué juegos según capacidades e intereses se puede participar y si es factible conseguir los recursos
		Participar en el juego	Participar en torneos de juegos de mesa, juegos de adivinanzas



Área	Centro de Interés	Actividad	Capacidades
Actividades Instrumentales de la vida diaria	Yo tengo	Cuidado de Otros	Preparar, supervisar o proveer el cuidado de otros, puede ser cónyuge, hijos con capacidades diferentes
		Criar a los niños (nietos)	Proveer el cuidado y sostener el desarrollo de las necesidades de los niños, aunque se corre el riesgo de sufrir estrés, problemas de salud física y emocional por sobrecarga de responsabilidad
		Uso de nuevas tecnologías	Aprender o continuar con la capacidad de manipular teléfonos, computadoras, tableros de comunicación, timbres, equipos electrónicos, entre otros
		Movilidad en la comunidad	Moverse por sí solo, utilizar algún tipo de transporte público o privado para interactuar con la sociedad
		Manejo de temas financieros	Usar recursos fiscales, métodos de realizar transacciones financieras, planificar finanzas a largo plazo
		Cuidados de Salud y Manutención	Desarrollar y mantener rutinas para la salud física, emocional
		Crear y mantener un hogar	Administrar posesiones domésticas, personales, incluye reparación de las posesiones
		Preparar comidas y limpieza	Planificación de menús nutritivos, preparar y servir comidas, limpieza de utensilios
		Procedimientos de seguridad y emergencia	Mantener un entorno seguro, saber actuar en caso de emergencia para reducir amenazas a su salud y seguridad
		Ir de Compras	Preparar una lista de compras, seleccionar métodos de pago y transacciones de dinero



Área	Centro de Interés	Actividad	Capacidades
Ocio y tiempo libre	Yo estoy	Características del Ocio	El ocio es el tiempo libre, las personas mayores tienen gran cantidad de éste. El adulto mayor busca actividades de ocio que sean familiares para él limitando la exploración de otras actividades
		Evaluación del Ocio	Se debe evaluar la interacción del paciente con el medio en que se desempeña el adulto mayor y sus intereses para definir qué es lo que puede realizar en su tiempo de ocio
		Intervención ocupacional del Ocio	Integración social de la persona en su tiempo de ocio
		Exploración del tiempo libre	Identificar intereses, destrezas, oportunidades y actividades de tiempo libre
		Preparación para el Ocio	Planificar y participar en actividades de tiempo libre apropiadas, mantenimiento de equilibrio de actividades con otras áreas ocupacionales



Fuente Ilustraciones: Ying Yang Perú http://www.yinyangperu.com/adulto_mayor_nueva_etapa_de_vida.htm