

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



**La incidencia de síntomas depresivos en personas institucionalizadas de la
tercera edad que sufren de marginación familiar**
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Dalila Yomara Méndez Dubón

San Luis, Petén, octubre 2014

**La incidencia de síntomas depresivos en personas institucionalizadas de la
tercera edad que sufren de marginación familiar**

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Dalila Yomara Méndez Dubón

Licda. Ruth Gabriela Morales Castillo (**Asesora**)

Licda. Eymi Carolina Castro de Marroquín (**Revisora**)

San Luis, Petén, octubre 2014

AUTORIDADES DE UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Rector

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica

Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo

M. A. César Augusto Custodio Cóbar

Secretario General

EMBA Adolfo Noguera

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Decana

M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Coordinadora de Licenciatura

Licda. Ana Muñoz

Coordinadora de Egresos

Licda. Eymi Castro

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

ARTÍCULO ESPECIALIZADO

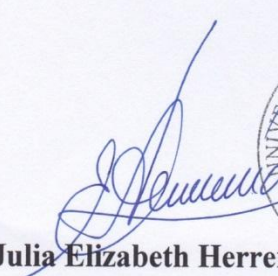
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: Dalila Yomara Méndez Dubón
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Sistematización de Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación.

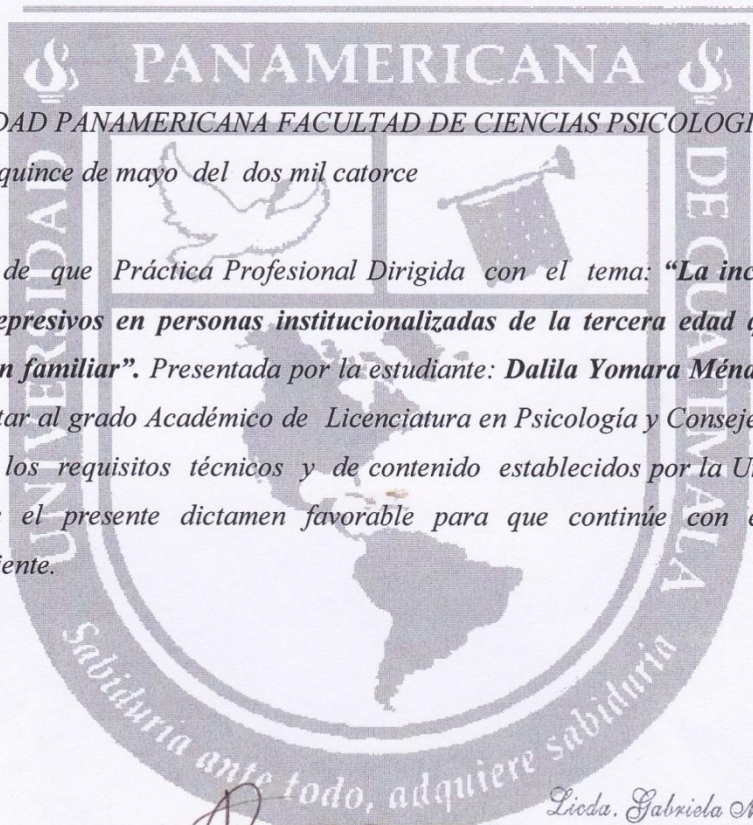
DICTAMEN: 01 abril 2014

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 Psicopedagogía se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **Sistematización de 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 **Dalila Yomara Méndez Dubón** recibe la aprobación para realizar su Sistematización de Practica Profesional Dirigida.


M.A. Julia Elizabeth Herrera de Tan
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas.



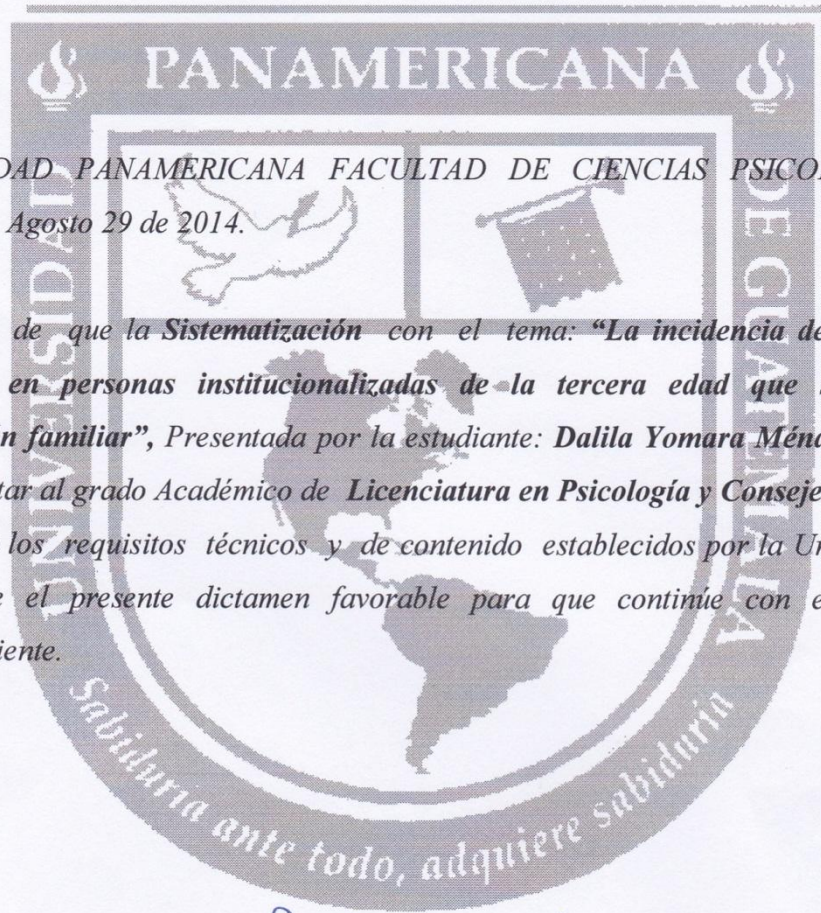


UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala quince de mayo del dos mil catorce

En virtud de que Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“La incidencia de síntomas depresivos en personas institucionalizadas de la tercera edad que sufren marginación familiar”**. Presentada por la estudiante: **Dalila Yomara Méndez Dubón**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología 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. Ruth Gabriela Morales Castillo
Asesora

Licda. Gabriela Morales
PSICOLOGA
COLEGIADO No. 10563



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala, Agosto 29 de 2014.

En virtud de que la **Sistematización** con el tema: **“La incidencia de síntomas depresivos en personas institucionalizadas de la tercera edad que sufren de marginación familiar”**, Presentada por la estudiante: **Dalila Yomara Méndez Dubón** previo a optar al grado Académico de **Licenciatura en Psicología 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. Eymi Castro de Marroquín
Revisora

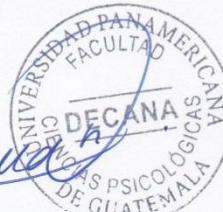


UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala a los dos días de octubre año 2014.

En virtud de que la ***Sistematización de Práctica Profesional Dirigida*** con el tema "***La incidencia de síntomas depresivos en personas Institucionalizadas de la tercera edad que sufren de Marginación Familiar.***" presentado por: ***Dalila Yomara Méndez Dubón*** previo a optar grado académico de Licenciatura en: Psicología 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 del ***Sistematización de Práctica Profesional Dirigida.***



M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decana
Facultad de Ciencias Psicológicas

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

Agradecimientos

A Dios: Por la iluminación divina, fue mi guía en los momentos de soledad, tristeza y desaliento, también fue mi roca fuerte donde me refugie, por todo ello y muchas cosas más infinitas gracias Señor.

A mis padres: Alfredo Méndez y especialmente a mi madre Angela Dubón, por ser un ejemplo a seguir por haberme apoyado en muchas áreas de mi vida; por su apoyo emocional y económico. Que Dios los bendiga.

A mis hermanas y hermano: Alida, Marleny, Walter y Lupita, Porque no hay nada más grato que tenerlos en mi vida y compartirles la alegría de este triunfo.

A mi hermana Marleny: Especialmente a ella debo mi triunfo quien me ha apoyado en todo momento incondicionalmente, por ser la persona que siempre creyó que podía llegar hasta este momento y que puedo seguir alcanzando más triunfos, gracias mi niña linda por todo ello por cómo eres conmigo que Dios te bendiga.

A mis sobrinos: Rolando, Emilio, Britney, Angeli y Walter David, Que mis triunfos sean ejemplo de superación.

A la Universidad Panamericana: Por ser la casa de estudios que me permitió estudiar y prepararme para lograr este éxito.

A mis docentes: Por las enseñanzas y experiencias compartidas en el salón de clases, que Dios los bendiga. Especialmente a Licda. Gaby Morales, Lic. Julio Aldana y todos aquellos profesionales que sembraron esa semilla fértil que ahora está dando fruto.

A mis amigos: Nely Oliva (+) que desde el cielo esté disfrutando conmigo de este triunfo, Marlene Folgar, Celia Sagastume, Jenifer Mayorga, Jenny Morales y Gerson Paíz, por su amistad, aprecio y apoyo en todo momento.

A mis compañeras/ros: Por todas las experiencias vividas en el salón de clases, porque más que compañeros, formamos una familia. Fue grato compartir con ustedes.

A mis pastores: Obdulio Cruz Gálvez y Romelina Yaquíán, personas espirituales que me fortalecieron y me comprendieron en el área espiritual, quienes con sus consejos y su cariño estuvieron pendiente de mi proceso educativo. Que Dios les bendiga siempre.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de referencia	1
1.1 Descripción general de la institución	1
1.2 Objetivo de la institución	2
1.3 Misión	2
1.4 Visión	2
1.5 Organigrama de la institución asilo de ancianos “Dulce refugio”	3
Capítulo 2	
Marco conceptual	4
2.1 Planteamiento del problema	4
2.2 Pregunta de investigación	7
2.3 Objetivo general	7
2.3.1 Objetivos específicos	7
2.4 Justificación	8
Capítulo 3	
Marco teórico	9
3.1 La depresión	9
3.1.2 Relación con los criterios diagnósticos de la investigación de la CIE-10	14
3.1.3 Depresión en el anciano	15
3.2 Conceptos logoterapéuticos para abordar la depresión	18
3.2.1 Servicios médicos y sociales para la vejez	23
3.2.2 El mantenimiento del anciano en su propio hogar	25
3.2.3 Sistemas alternativos a la institucionalización	26
Capítulo 4	
Referente metodológico	28
4.1 Diseño de estudio de caso	28

4.1.1 Método no experimental descriptivo	28
4.1.2 Propósito del estudio descriptivo	28
4.2 Diseño documental	28
4.2.1 Características del diseño documental	29
4.2.2 Instrumentos de recolección de datos	29
4.2.2.1 Observación institucional	29
4.2.2.2 Observación al paciente	29
4.2.2.3 Entrevista estructurada	30
4.2.2.4 Ficha clínica	30
4.2.2.5 Historia clínica	30
4.2.2.6 Genograma	30
4.2.2.7 TAT (Test de apercepción temática)	31
4.2.2.8 Test de evaluación de síntomas depresivos	31
4.2.2.9 Terapia ocupacional	31
4.2.2.10 Logoterapia	32
Capítulo 5	
Presentación de resultados	33
5.1 Caso clínico	33
5.2 Análisis de resultados	34
5.2.1 Observación institucional	34
5.2.2 Observación al paciente	34
5.2.3 Entrevista estructurada	35
5.2.4 Ficha clínica	35
5.2.5 Historia clínica	35
5.2.6 Genograma	36
5.2.7 TAT (Test de apercepción temática)	36
5.2.8 Test de evaluación de síntomas depresivos	36
5.2.9 Terapia ocupacional	37
5.2.10 Logoterapia	37

Conclusiones	38
Recomendaciones	39
Referencias	40
Anexos	41

Resumen

Se reconoce la depresión como un trastorno del estado de ánimo que afecta el cuerpo y los pensamientos, puede afectar la manera en el sentir respecto de uno mismo y sobre los demás; si no se somete a tratamiento, puede afectar el trabajo, la familia, los hábitos de comer, el dormir y la vida social en general, manejan sentimientos de culpa y de desesperanza y abandono, estos síntomas deben durar al menos 2 semanas, es importante buscar tratamiento, ya que la mayoría de las personas afectadas pueden seguir una vida plena una vez que inician el tratamiento puede incluir, fármacos y la psicoterapia es muy efectiva a la hora de tratar la depresión.

La depresión es un cambio brusco de humor, no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, el estado deprimido tiene una calidad diferente que le distinguen de una emoción normal de tristeza o duelo.

La violencia intrafamiliar es una acción ejercida por una o varias personas en donde se somete de manera intencional al maltrato, presión sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la integridad tanto física, como psicológica y moral de cualquier persona o grupo de personas, se da principalmente porque no se tienen respeto los integrantes de esta, por el machismo, por la incredulidad de las mujeres, por la impotencia de estos.

Introducción

Desde tiempos antiguos el trastorno depresivo ha tenido gran relevancia. Las investigaciones han revelado que la depresión es hereditaria y sugieren que algunas personas heredan genes que los hacen más propensos a deprimirse, pero no toda persona tiene propensión genética a la depresión. La depresión no implica que la persona esté "loca". Así como algo puede funcionar mal en otros órganos del cuerpo, también puede funcionar mal en el órgano más importante de todos: el cerebro. Afortunadamente, la mayoría de los que obtienen ayuda para su depresión logran llevar adelante una adolescencia y una adultez feliz y satisfactoria; lo más importante, pueden disfrutar de la vida y sentirse mejor con respecto a sí mismos.

Es por ello que se estudia la sintomatología depresiva en mujeres que presentan violencia intrafamiliar. Ya que en nuestro medio es uno de los problemas más frecuentes en la población, pues los conyugues son agresivos, tienen secuelas de patrones de crianza inadecuados, es por ello, se dirige preferentemente hacia la mujer y los hijos son testigos, por lo tanto, son víctimas indirectas, la violencia intrafamiliar contra la mujer que desde la perspectiva psicológica y sexual se refiere a las agresiones psicológicas son donde vienen los insultos y amenazas, agresiones como la apariencia de sentimiento de culpabilidad y de baja autoestima, la mujer maltratada puede optar por permanecer con el maltratador y acomodándose a sus demandas, esta conducta puede interpretarse como una actitud pasiva, cuando en realidad la víctima desarrolla una serie de habilidades físicas, humillaciones, desvalorización, aislamiento social y familiar e incluso la muerte, cual es su gravedad que tienden a caer un cuadro depresivo.

Dentro de los objetivos a estudiar en la investigación es, descubrir los principales síntomas depresivos que causan la violencia intrafamiliar, para la realización de la investigación se utilizó el: Test proyectivo (T.A.T.) Test de Apercepción Temática.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Descripción General de la Institución

“Si tú supieras, cuanto me quitarías el hambre, con un vaso de leche”...

Estas palabras, fueron el inicio de un sueño para Sonia de Pleitez, fundadora de “Mi Dulce Refugio”, una organización civil que nace con el objetivo de crear un centro de asistencia para personas de la tercera edad, en el departamento de Petén.

El proyecto que inició con dos ancianos, en una casa de habitación, con un presupuesto de mil quetzales mensuales, para ellos y toda una familia, ha traspasado los límites departamentales. Los fondos para la construcción del edificio, fue donado por el Dr. Manuel Baldizón, quien estuvo presente para cortar la cinta el día de la inauguración del centro asistencial, del adulto mayor en San Luis, Petén.

A partir de ese día, los esfuerzos para el sustento diario, han consistido en tocar puertas a los habitantes del departamento y casas comerciales. De esta forma, han logrado reunir suficiente comestible para los 35 abuelitos.

Hasta el momento, son catorce los centros construidos, de los cuales, siete no están en función debido a la falta de fondos. Dos asilos se encuentran en el departamento de peten; uno en el municipio de San Luis y el otro en Sayaxché; Palencia; Monjas Jalapa; San Gabriel, Suchitepéquez; San Cristóbal y San Agustín Acasaguastlán, en El Progreso.

El asilo tiene la capacidad para cincuenta albergados, hasta el momento, cuenta con catorce empleados y dos voluntarios. Entre estos, una trabajadora social, tres enfermeras, cocineras y asistentes. Quienes previamente, recibieron una capacitación que consistió en atenciones y cuidado personal de los habitantes en otro centro.

1.2 Objetivo de la institución

Brindar apoyo, cuidado y resguardo a hombres y mujeres que se encuentran en la tercera edad, Procurándoles servicios sociales, jurídicos, educativos, vestuario, vivienda, alimentación, asistencia médica geriátrica, gerontológica, así como previsión social.

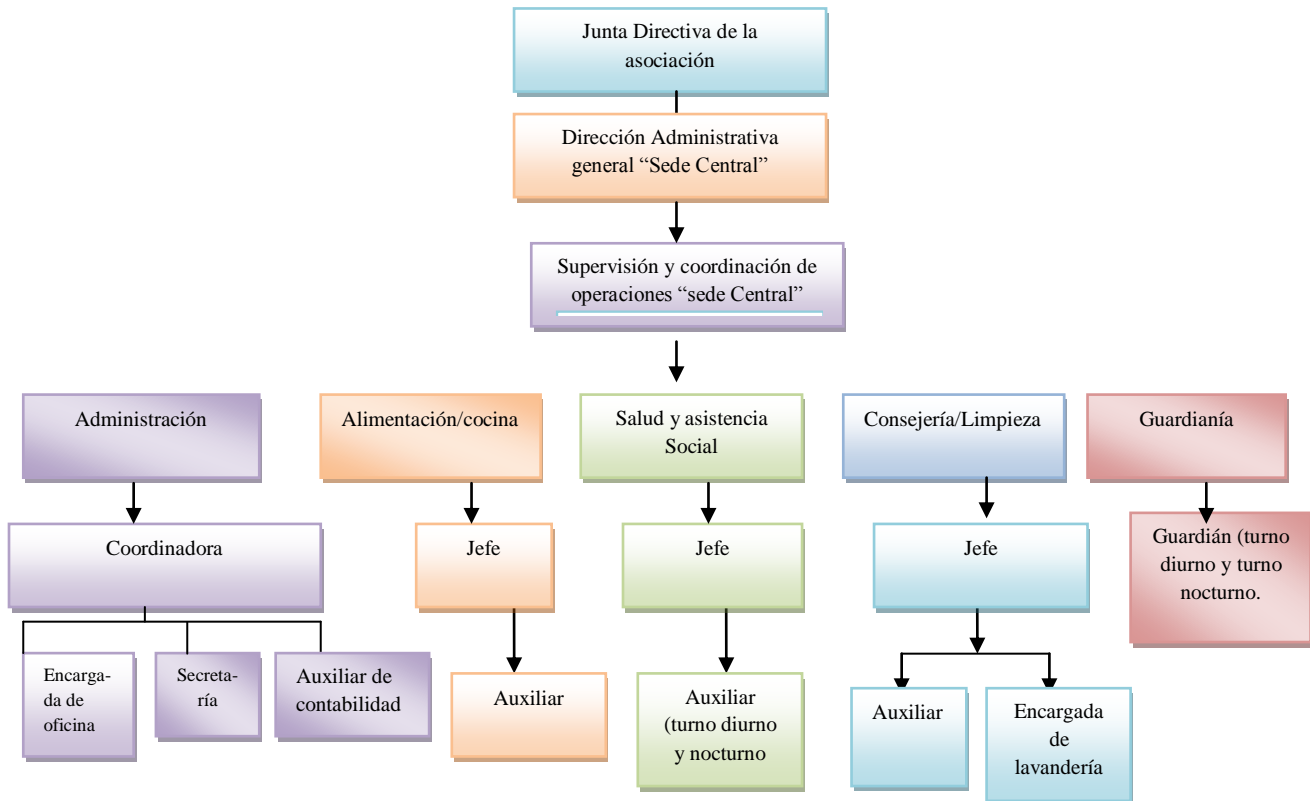
1.3 Misión

Abogar por el adulto Mayor, mediante programas de educación, seguridad, albergue, alimentación y salud que les permita una mejor calidad de vida.

1.4 Visión

Ser una institución privada con beneficio social, sin interés de lucro, sin distinción de raza, sexo y religión cuyo propósito es la erradicación de todo maltrato, violencia física, psicológica, sexual y económica en los adultos mayores en toda Guatemala.

1.5 Organigrama de la institución asilo de ancianos “dulce refugio”



ASOCIACION CIVIL “DULCE REFUGIO” MINISTERIO DE ANCIANOS VIVIENDO POR LA FE. Bº. LA FLORIDA, SAN LUIS, PETÉN. TEL. 4770-6537

Capítulo 2

Marco Conceptual

2.1 Planteamiento del problema

La depresión es un síntoma cuando aparece la tristeza y una enfermedad cuando al síntoma se le añaden otros para dar un síndrome; ella es un fenómeno de primer orden en la práctica médica actual, con un valor real de prevalencia.

La depresión es una enfermedad donde no solo se incluye la influencia de factores internos, como es la deficiencia funcional de neurotransmisores al nivel de los receptores. La clasificación internacional de enfermedades en su décima edición (CIE-10), plantea criterios primarios y secundarios de la depresión, criterios que son utilizados para diagnosticar este estado afectivo en el paciente.

El hombre vive y actúa movido por el interés de satisfacer sus necesidades, desde los más simples o elementales hasta los más complejos de carácter espiritual, pero a la vez el hombre plantea problemas en la medida en que interactúa con el resto de la sociedad y así surgen interrogantes de cómo vivir, cuál es el sentido de la vida e incluso si vale la pena vivir o no.

Las personas de la tercera edad enfrentan una diversidad de estresores que desencadenan distintas patologías ya sean de índole físico como psicológicos, tal es el caso de la depresión, en este caso es una enfermedad que obliga al psicólogo a tener un conocimiento profundo tanto de los avances científicos que expliquen a fondo esta enfermedad que ven en cada uno de sus pacientes de la tercera edad.

Como en ninguna otra etapa de la vida se combinan aspectos físicos, psíquicos y sociales; los ancianos institucionalizados enfrentan enfermedades físicas y psicológicas que frecuentemente se complican si no hay una atención adecuada, o una disminución o abandono por parte de su familia, y por ende la pérdida definitiva de una vida activa (trabajo), rango y rol familiar, cambio

en su nivel social y económico, llevándolo poco a poco a la pérdida de su autoestima, al vacío existencial, cambio en su estado de ánimo y el inevitable desarrollo de síntomas de un cuadro depresivo. Además de sumarse las progresivas pérdidas de familiares y amigos en donde ni siquiera puede participar con libertad, al mismo tiempo que se le disminuye y muchas veces se le arrebatan su derecho de mantener viejas amistades y de establecer nuevas relaciones sociales.

Para tener una visión más amplia de la depresión del anciano, se debe considerar la depresión en el adulto mayor las siguientes cuestiones:

- Psicosociales: Se une la disminución de actividad física y psíquica con la muerte de amigos y familiares (tomando en cuenta el abandono permanente) y la declinación socioeconómica.
- Somáticas: Con frecuencia coexisten múltiples patologías orgánicas que implican a su vez diversos tratamientos; esto implicará considerar variables farmacológicas y económicas adicionales al decidir el tratamiento de la depresión.
- Terapéuticas: Según el tipo de corriente psicológica a utilizar, siempre dependiendo de las necesidades de la persona de la tercera edad.

En estricto rigor el diagnóstico de depresión en el adulto mayor debe ajustarse a los mismos criterios que para otras etapas de la vida, para ello es recomendable tener el Manual de diagnóstico y estadístico DSM-IV en su cuarta versión como auxiliar de trabajo.

“La depresión en el anciano, existe un peculiar aislamiento donde los sentimientos de soledad son extremadamente dolorosos.” (Rowe, 1988:17). Por lo regular en el anciano deprimido existen manifestaciones emocionales, expresadas principalmente por la tristeza, ansiedad, periodos de irritabilidad y mal humor. También en algunos casos pueden observarse trastornos del pensamiento como lentitud, dificultad de concentración, indecisión, sentimientos de culpa, ruina e ideas hipocondríacas, pesimismo, disminución de la autoestima, ideas de suicidio, existen

síntomas somáticos. Como: Insomnio, pérdida de apetito, pérdida de peso, estreñimiento y disminución de la libido.

El anciano deprimido suele ser lento, iniciándose con varios días o semanas de malestar general y apatía, por lo regular expresa quejas hipocondríacas, ya que se manifiesta muy aprensivo y preocupado por su salud.

Finalmente se entristece y comienza a llorar a solas hasta que aparecen alarmantemente intensificados los síntomas. Por último cabe decir que la vivencia depresiva en las personas de la tercera edad es indefinible. Ya que parece constituir una mezcla de tristeza, amargura, remordimiento, angustia, desolación, pena, congoja, desesperanza, apatía, conciencia de incapacidad, sentimientos de culpa, con alguna de estas sensaciones en el grado de máxima intensidad.

- Aspectos Epidemiológicos:

Estudios de seguimiento realizados en la OMS, la prevalencia en la comunidad de depresión entre mayores de 60 años que son pacientes geriátricos hospitalizados por causas no psiquiátricas sería un factor de riesgo para morir 30 meses después del diagnóstico.

Alrededor del 15% de ancianos, ya vivan en sus hogares o en residencias geriátricas, presentan síntomas depresivos, la edad por sí misma no presenta un factor de riesgo para la aparición de depresión, aunque la situación de viudez y el hecho de sufrir una enfermedad crónica son factores que se asocian a una vulnerabilidad a los trastornos depresivos. La depresión que aparece tardíamente se caracteriza por una elevada recurrencia.

Como señalan Kaplan & Sadock “La alteración cognitiva en los pacientes ancianos deprimidos se conoce como síndrome demencial de la depresión (seudodemencia), que puede confundirse fácilmente con una auténtica demencia en la que la alteración del rendimiento intelectual suele ser global y consistentemente mala; en la seudodemencia en cambio, la falta de atención y concentración son variables. En comparación con los pacientes que tienen demencia. Alrededor

del 15% de pacientes ancianos deprimidos sufren pseudodemencia, y entre el 25% y el 50% de pacientes con demencia están deprimidos. (2008:1354)

2.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los síntomas que inciden en la alta prevalencia de la depresión en pacientes de la tercera edad, institucionalizados en el asilo de ancianos “Dulce Refugio” San Luis, Petén que sufren de marginación familiar?

2.3 Objetivo general

Determinar los síntomas que inciden en la depresión de personas de la tercera edad. Y como influyen de manera importante en el desarrollo físico, psicológico y social en la vida del anciano.

2.3.2 Objetivos específicos

- ❖ Evaluar cuáles síntomas tienen mayor relevancia en el desarrollo de la depresión en el adulto mayor.
- ❖ Analizar si hay o no diferencia entre los hombres y las mujeres con respecto a los factores externos del contexto vivencial en la depresión.
- ❖ Describir la influencia de los factores del contexto del adulto mayor en el desarrollo físico, psicológico y social.
- ❖ Aplicar técnicas psicométricas y psicoterapéuticas necesarias para determinar algunos factores externos del contexto vivencial que inciden en la depresión en geriatría.

2.4 Justificación

El estudio de esta investigación se originó de la necesidad tanto en el valor teórico, implicaciones prácticas, relevancia social y la utilidad metodológica. En el valor teórico debido a las pocas investigaciones realizadas con personas de la tercera edad, se consideró que esta investigación ayudaría al enriquecimiento bibliográfico y descriptivo de los factores depresivos, lo cual contribuiría a conocer con mayor medida el comportamiento de la incidencia de los factores depresivos con relación a la marginación familiar en el anciano.

Respecto a la relevancia social se consideró que, la investigación iría en función de beneficiar a las personas de la tercera edad que diariamente estuvieran siendo marginados por su familia, en el sentido de proponer alternativas que ayuden a contrarrestar la incidencia de síntomas depresivos. En el aspecto de utilidad de instrumentos psicométricos y psicoterapéuticos ayudaría a definir realmente la relación existente entre la incidencia de factores depresivos y la marginación familiar, creando un nuevo análisis de datos por el que pudieran lograrse mejoras en la atención a los ancianos por medio del involucramiento del afecto familiar hacia ellos, permitiera además estudiar detenidamente las características de la etapa senil.

Entre los síntomas que inciden en la alta prevalencia de la depresión en pacientes de la tercera edad, institucionalizados en el asilo de ancianos “Dulce Refugio” San Luis, Petén que sufren de marginación familiar se podrían mencionar síntomas fundamentales, de los que derivarían todos los demás, serían: La Tristeza, la Inhibición Psicológica, las Ideas Deliriosas: (Las ideas deliriosas son todas las ideas de perjuicio, de ruina y de culpabilidad que tiene el depresivo). Es por ello que se vio la necesidad de realizar este tipo de investigación que fuera en función de cubrir las necesidades existentes de las personas de la tercera edad.

Capítulo 3

Marco Teórico

3.1 La depresión

En la actualidad no existe un concepto o definición que hable sobre qué es realmente la depresión, es por ello que esta enfermedad se puede describir de la siguiente manera: “Se conoce con el nombre de “depresión” a un estado de tristeza excesiva. El individuo deprimido está apesadumbrado, cansado, sin ganas de hacer nada, y se considera impotente para emprender cualquier acción. En su estado de incapacidad se siente extremadamente triste. Lloro con facilidad y considera que la vida no merece la pena vivirse. Ya no le interesan las cosas que antes le interesaban. Tiene la impresión que no quiere a sus familiares y que en realidad es una mala persona, los sentimientos de culpa están siempre presentes, se considera un ser mezquino, envidioso, malintencionado y que imposibilita, con su mal comportamiento y sus malas intenciones, cualquier relación humana satisfactoria. En esta situación la idea del suicidio viene a ser la solución adecuada.”. (Monedero, 1990:158)

En su relación con los demás, el depresivo considera que todos le desprecian, nadie quiere su amistad, él tampoco la merece. Sus posibilidades vitales están tan mermadas que no se siente con fuerzas ni con ganas de hacer nada. Ha perdido el apetito por completo, no puede conciliar el sueño. Cuando consigue dormir algo es a altas horas de la madrugada, y se despierta aún más cansado de cuando se acostó. Sus intereses sexuales y libidinosos también han desaparecido, está inhibido; su lenguaje y el curso de su pensamiento es extraordinariamente lento, todas sus funciones psicológicas están enlentecidas, No tiene capacidad de concentración, se distrae cuando le hablan, pues está preocupado en sus temáticas internas, su expresión muestra un profundo dolor, y cuando habla es para decir que es el más miserable de las personas y que todo el mundo tiene que pensar lo mismo de él.

Podemos encontrar descripciones de lo que hoy conocemos como depresión en los libros antiguos como en el viejo testamento bíblico, donde se menciona la historia del rey Saúl, la cual describe este problema con todos los síntomas, así como en la Iliada de Homero puede citarse el suicidio de Ajax, también Hipócrates usó las palabras manía y melancolía 400 años antes de Cristo. Aulus Cornelius describió la melancolía en el año 30 antes de Cristo, diciendo que era una depresión causada por la bilis negra.

La depresión es tan vieja como la humanidad y durante muchos siglos fue manejada por amigos, brujos, sacerdotes, etc. y tratada con todo tipo de pócimas, brebajes, baños, cambios de ambiente, etcétera.

La historia del concepto de la enfermedad de los desórdenes del afecto, comenzó en la medicina occidental con la formulación de la melancolía, se le consideró como una perturbación de la mente, caracterizada por una gran tristeza sin causa aparente, y se le atribuyó a un exceso de la bilis negra. Este término hipocrático sufrió diversos cambios de significado dentro del cuerpo doctrinario de la teoría de Hipócrates, para emerger posteriormente en los escritos de Celso en latín como la "Atrabilis", específicamente en su obra "De Medicina" (año 30 dc).

El autor griego Galeno, en sus trabajos llevados a cabo en Roma entre los años 131 al 201 DC, definió finalmente un concepto de melancolía y ofreció una explicación filosófica de tipo humoral.

Samuel Johnson, durante toda su vida sostuvo una gran lucha por hacer cambiar el término desorden melancólico por el de depresión, y a él se le debe la popularidad de este término. A partir de este momento se comenzaron a ver desplazados los términos de: "El bazo", "La enfermedad inglesa", "Los vapores" y "La locura melancólica".

Hacia el final del siglo XIX el término depresión había desplazado virtualmente a la melancolía en la mayoría de las nomenclaturas. La historia de los desórdenes afectivos revela un calidoscopio de opiniones médicas pero con ciertas constantes unificadoras. "La fórmula de la

gran tristeza sin aparente ocasión" y "La mente fija sobre un solo pensamiento" ha sido repetida a menudo desde el siglo V A.C hasta el presente en la literatura médica occidental.

En la actualidad, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hay 100 millones de nuevos casos de depresión cada año en el mundo. Con una alta prevalencia en el adulto, con 15 % de hombres y 24 % de mujeres. El porcentaje mayor comprendido entre las edades de 18 y 45 años (2,3-6,9), que como se conoce es la etapa de mayor productividad del individuo.

La depresión no solo constituye un problema médico, sino que paralelamente forma parte de un fenómeno social. Se conoce que la separación matrimonial, el status de divorciado, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación socioeconómica, la inestabilidad laboral, el vivir aislado del centro urbano, las dificultades en el ámbito laboral o familiar, constituyen causas sociales para la aparición del trastorno. ¿Y estas, no están ligadas a la sociedad? Por un lado algunos autores opinan que la pertenencia al sexo femenino es uno de los principales riesgos demográficos para la depresión; otros plantean que la clase social, el nivel cultural y la raza no se han vinculado claramente con la depresión.

La sintomatología del depresivo es variada. Los psiquiatras ante este polimorfismo psicopatológico, intentaron como en otras enfermedades somáticas delimitar los síntomas fundamentales de la depresión. Estos síntomas fundamentales, de los que derivarían todos los demás, serían: La Tristeza, la Inhibición Psicológica, las Ideas Deliriosas: (Las ideas deliriosas son todas las ideas de perjuicio, de ruina y de culpabilidad que tiene el depresivo).

En el caso de la depresión, se dice que una forma de limitar el "Síntoma Fundamental", sería indudablemente la tristeza, pero no se trataba de la misma tristeza que puede vivir el hombre normal, que es motivado por un acontecimiento negativo. La tristeza del depresivo, en general es una tristeza sin causa.

Es precisamente la existencia de esta intensa tristeza inmotivada lo que hizo suponer a los psiquiatras que se trataba de una manifestación “ENDÓGENA” y no la consecuencia de ninguna vivencia negativa en particular, también es cierto que no siempre la depresión aparezca con esos caracteres endógenos. A veces el paciente nos narra una serie de acontecimientos negativos que justifican por sí mismos su profunda tristeza. En este caso no podemos pensar que se trate de una depresión endógena, sino se trata de una auténtica depresión “REACTIVA”.

La capacidad que tiene una persona de responder depresivamente a los acontecimientos negativos depende, indudablemente, de su personalidad previa. La tristeza del depresivo se identifica y diferencia respecto de la tristeza normal en que está mucho más corporalizada, es una tristeza vital. El paciente se siente cansado, sin ganas de nada, desecho físicamente. Si le preguntamos dónde localiza su tristeza, se señala incluso alguna parte del organismo: El corazón, el pecho, el estómago etc. La misión del psicólogo es encontrar la causa de la tristeza allí donde resulta inaparente. También en los casos que se encuentre una causa que justifique la depresión, ya que la verdadera causa profunda inconsciente suele quedar reprimida.

“Algunos de los síntomas de la depresión incluyen insatisfacción o ansiedad, cambios en el apetito, el sueño y las funciones psicomotoras, pérdida del interés y la energía, sentimientos de culpabilidad, pensamientos de muerte y disminución en la concentración.” (Sarason, 1996: 289)

Así como también se considera que entre los indicadores más tempranos que aparecen en esta enfermedad son: El decaimiento del ánimo con reducción y/o pérdida de energía, de actividad y de rendimiento. Se deteriora paulatinamente la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración. Es frecuente que aparezca un cansancio importante, incluso después de realizarse esfuerzos mínimos, habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Decae la autoestima y la confianza en sí mismo. Por lo regular aparecen sentimientos de culpa o de inutilidad. Así mismo, las variaciones de peso y las dificultades en las relaciones sexuales se van haciendo manifiestas, la depresión reduce la afectividad de las actividades cotidianas y puede en estados más avanzados llevar al paciente a no poder levantarse de la cama por la mañana.

No todos los seres humanos experimentan la depresión de la misma manera, los síntomas varían según las personas. La depresión puede ser calificada como leve, moderada y grave dependiendo de la cantidad y gravedad de sus síntomas.

Según El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación de psiquiatría de los EE.UU (DSM-IV) considera que hay depresión cuando se presentan:

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo se siente triste o vacío) o la observación realizada por los otros (por ejemplo el llanto).
- Pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Haciendo la aclaración que no se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o a las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.
 - Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo; un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 - Insomnio o Hipersomnia casi cada día.
 - Agitación o enlentecimiento casi cada día. (Observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
 - Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión, casi cada día. (Ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los afectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo; Una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo; hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por un duelo (por ejemplo; después de la pérdida de un ser querido) los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

3.1.2 Relación con los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 mencionan diez síntomas, a diferencia del DSM-IV (donde la pérdida de autoestima constituye un síntoma diferente del sentimiento inapropiado de culpabilidad). La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel

de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; de 6 de 10 síntomas, el nivel moderado, y de 8 de 10, el nivel grave. Además, el algoritmo diagnóstico también es distinto, ya que la CIE-10 requiere la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía, para los episodios depresivos de carácter leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves. La definición de la CIE-10 de los episodios con síntomas psicóticos excluye la presencia de síntomas de primer nivel y delirios extraños.

3.1.3 Depresión en el anciano

Las personas de la tercera edad enfrentan una diversidad de estresores que desencadenan distintas patologías, ya sean de índole físico como psicológica, tal es el caso de la depresión, en este caso, es una enfermedad que obliga al psicólogo o psiquiatra a tener un conocimiento profundo, tanto de los avances científicos que expliquen a fondo esta enfermedad que ven en cada uno de sus pacientes de la tercera edad.

Como en ninguna otra etapa de la vida se combinan aspectos físicos, psíquicos y sociales; los ancianos institucionalizados enfrentan enfermedades físicas y psicológicas que frecuentemente se complican si no hay una atención adecuada, o una disminución o abandono por parte de su familia, y por ende la pérdida definitiva de una vida activa (trabajo), rango y rol familiar, cambio en su nivel social y económico, llevándolo poco a poco a la pérdida de su autoestima, al vacío existencial, cambio en su estado de ánimo y el inevitable desarrollo de síntomas de un cuadro depresivo. Además de sumarse las progresivas pérdidas de familiares y amigos en donde ni siquiera puede participar con libertad, al mismo tiempo que se le disminuye y muchas veces se le arrebató su derecho de mantener viejas amistades y de establecer nuevas relaciones sociales.

Para tener una visión más amplia de la depresión del anciano, se debe considerar la depresión en el adulto mayor las siguientes cuestiones: **Psicosociales:** Se une la disminución de actividad física y psíquica con la muerte de amigos y familiares (tomando en cuenta el abandono permanente) y la declinación socioeconómica. **Somáticas:** Con frecuencia coexisten múltiples

patologías orgánicas que implican a su vez diversos tratamientos; esto implicará considerar variables farmacológicas y económicas adicionales al decidir el tratamiento de la depresión.

Terapéuticas: Según el tipo de corriente psicológica a utilizar, siempre dependiendo de las necesidades de la persona de la tercera edad.

En estricto rigor el diagnóstico de depresión en el adulto mayor debe ajustarse a los mismos criterios que para otras etapas de la vida, para ello es recomendable tener el Manual de diagnóstico y estadístico DSM-IV en su cuarta versión como auxiliar de trabajo.

Según Rowe “La depresión en el anciano, existe un peculiar aislamiento donde los sentimientos de soledad son extremadamente dolorosos”. (1988:17) Por lo regular en el anciano deprimido existen manifestaciones emocionales, expresadas principalmente por la tristeza, ansiedad, periodos de irritabilidad y mal humor. También en algunos casos pueden observarse trastornos del pensamiento como lentitud, dificultad de concentración, indecisión, sentimientos de culpa, ruina e ideas hipocondríacas, pesimismo, disminución de la autoestima, ideas de suicidio, existen síntomas somáticos Como: Insomnio, pérdida de apetito, pérdida de peso, estreñimiento y disminución de la libido.

“El anciano deprimido suele ser lento, iniciándose con varios días o semanas de malestar general y apatía, por lo regular expresa quejas hipocondríacas, ya que se manifiesta muy aprensivo y preocupado por su salud. Finalmente se entristece y comienza a llorar a solas hasta que aparecen alarmantemente intensificados los síntomas.” (Vallejo Najera, 1996: 63)

Por último cabe decir que la vivencia depresiva en las personas de la tercera edad es indefinible. Ya que parece constituir una mezcla de tristeza, amargura, remordimiento, angustia, desolación, pena, congoja, desesperanza, apatía, conciencia de incapacidad, sentimientos de culpa, con alguna de estas sensaciones en el grado de máxima intensidad.

Aspectos Epidemiológicos: Estudios de seguimiento realizados en la OMS, la prevalencia en la comunidad de depresión entre mayores de 60 años que son pacientes geriátricos hospitalizados por causas no psiquiátricas sería un factor de riesgo para morir 30 meses después del diagnóstico. El episodio depresivo que se presenta en pacientes geriátricos puede ser la recurrencia de un trastorno depresivo de inicio temprano, es decir, antes de los 60 – 65 años, o aparecer por primera vez durante esta edad. Estos episodios se asocian a una serie de factores biológicos y socioculturales, unos establecidos de forma clara y otros comprendidos de manera incompleta. El trastorno depresivo en persona ancianas, tienen varias connotaciones. Los episodios depresivos en pacientes geriátricos deterioran en forma ostensible el funcionamiento social, menoscaban en gran modo la calidad de vida, ensombrecen notablemente el pronóstico de algunos problemas médicos e incrementa en forma dramática el riesgo de muerte por diversas causas comprendidas. Así mismo se ha observado que un episodio depresivo en ancianos incrementa el riesgo de sufrir algunos problemas médicos como enfermedades cardíacas y neurológicas.

El curso clínico de la depresión por definición se considera recurrente, de tal suerte que independiente de la edad, la depresión se caracteriza por recaídas, remisiones y recurrencias. El curso de la depresión en ancianos varía de un estudio a otro. Algunas investigaciones concluyen que es menos probable la remisión completa de síntomas depresivos en este grupo de pacientes y es frecuente observar algunos síntomas residuales, a pesar de la mejoría evidente del cuadro global.

De la misma forma, se ha informado que los episodios depresivos de inicio tardío presentan un mayor índice, no sólo de recaída sino también de recurrencia. No obstante, otros autores puntualizan que el curso de un episodio depresivo mayor en pacientes geriátricos es muy similar a los que sigue en edades más temprana. Más es necesario tener presente que, este curso puede estar asociado, con frecuencia, a otras enfermedades médicas incluyendo la demencia.

La duración de un episodio depresivo mayor es muy variable en todos los grupos de edades. Los pacientes con episodio depresivo de más larga evolución presentan menor remisión de síntomas durante el seguimiento y mayor tendencia a las recaídas.

La depresión en paciente geriátricos tiene implicaciones en el curso de otras enfermedades. La depresión de inicio tardío puede ser predictor de otros trastornos orgánicos; por ejemplo, en un grupo de pacientes un episodio depresivo puede ser la primera manifestación clínica evidente de un cuadro de demencia.

3.2 Conceptos Logo terapéuticos para abordar la depresión

La logoterapia es la Tercera Escuela Vienesa de psicoterapia, es decir, como un sistema psicoterapéutico que hace referencia directa al logos, como canal específico de acercamiento a los padecimientos humanos. La palabra logos, de origen griego tiene dos sentidos para Frankl, “sentido” y “espíritu”.

Este sistema psicoterapéutico aporta algo fundamental; que en los momentos difíciles de la vida, los padecimientos mentales, el sufrimiento y el desarrollo humano no pueden verse solamente en la perspectiva somática y psicológica, porque el ser humano se constituye en su auténtica y genuina humanidad cuando se hace presente la dimensión existencial - espiritual arraiga en la libertad y la responsabilidad ante la propia vida.

La logoterapia parte de la dimensión existencia – espiritual y del mundo objetivo del sentido y los valores y además los emplea con actitud psicoterapéutica. Por lo general, es incluida dentro de la categoría de la psicología humanista, o bien es identificada con la psiquiatría fenomenológica. Se puede decir que la logoterapia es la educación para la responsabilidad, la logoterapia tiene por tarea la asistencia al paciente para que este encuentre significado en su vida, también no limita su actividad a los hechos instintivos del individuo inconsciente, también se interesa por las realidades espirituales como el significado potencial de su existencia que ha de ser satisfecho y su deseo de significado.

Frankl, el fundador del nuevo avance llamado Análisis existencial con su aplicación terapéutica llamada logoterapia, siendo predecesoras las escuelas de Freud y Adler, también se interesa por la naturaleza y la cura de las neurosis, pero desde un enfoque diferente: Localiza la neurosis en las

frustraciones de la dimensión espiritual o noogénica del individuo, especialmente en la falta de significado de la existencia.

El pensamiento Frankliano, se da en el contexto de unas coordenadas de tiempo y espacio concretas. El origen de su sistema para ser tal incluye: Una fundamentación antropológico – filosófica como respuesta a la situación histórica, una teoría y prácticas clínicas relacionadas con el psicoanálisis, psicología individual, y psicología libremente nuestra respuesta ante una situación determinada, es totalitaria. La libertad sin la responsabilidad interior es una condición que conduce a la ansiedad, al vacío existencial y a la neurosis.

El análisis existencial y logoterapia, es una terapéutica que parte de la dimensión noógena para abordar problemas específicos de esa dimensión, sin descuidar ni negar que los conflictos humanos tengan además una sintomatología somática y / o psicológica.

Por tanto el hecho fundamental de la responsabilidad se puso en primer lugar se puso en primer plano junto con la de la conciencia y esto es aportación directa del Análisis Existencial y la logoterapia”. (Guttman, 1998:34). La contribución que ha aportado y aporta la logoterapia a la rehumanización de la psicoterapia, ha permitido que se incluya dentro de la orientación psicológica humanista y dentro de la psiquiatría existencial.

Dentro de los principios tenemos los siguientes: La vida tiene sentido bajo cualquier circunstancia, el hombre es dueño de una voluntad de sentido, y se siente frustrado o vacío cuando deja de ejercerla, el hombre es libre, dentro de sus obvias limitaciones, para consumir el sentido de su existencia, se parte de la existencia de un mundo objetivo al que le da forma gracias a las interpretaciones y el mecanismo por el que se contribuye el significado es lo que se conoce como: “Toma de decisiones”, estas tienen dos alternativas posibles: Elección al futuro y elección al pasado. La toma de decisiones es la relación que la analítica.

En logoterapia diferenciamos dos tipos de responsabilidad. Una es forzosa o proyectada sobre nosotros desde el exterior por alguna fuerza externa. La responsabilidad interna, libremente

adoptada por nosotros mismos, es el segundo tipo. Aquí nosotros somos quienes escogemos. En la responsabilidad interna aceptamos las demandas que nos imponen (nuestros progenitores por ejemplo) por nuestra libre decisión y no como una solicitud de una autoridad. En logoterapia la responsabilidad sin la correspondiente libertad para elegir personas tienen (con otros, con instituciones, con sus ambientes biológicos, físicos y además consigo mismo).

Hay varios principios para entender el concepto de personalidad, es una combinación de realidades y de posibilidades, también el **Proyecto fundamental**, este concepto, de Sartre, explica la unión entre el pasado y el futuro con el momento presente de la persona. Al tomar decisiones están participando los recuerdos de las decisiones pasadas y de las imaginadas sobre las decisiones futuras. Los **Procesos** es lo máximo que persigue la psicología existencial esto consiste en desarrollar niveles altos de conciencia y para ello es necesario el uso de tres procesos: **Simbolización** es el desarrollo de categorías cognitivas que representan la experiencia sin que realmente esté presente en la realidad, la **Imaginación** Yuxtaposición, combinación y recombinación de categorías mentales que se asemejan a la experiencia pero sin existir interacción con el ambiente, y el **Juicio** es adoptar una postura evaluativa en relación a la experiencia actual e imaginada. Estos tres procesos son los que construyen el significado que las personas dan a la experiencia; Ser auténtico: Concepto de “ser auténtico” o madurez aunaría, es aquella que se ve capaz de influir en su vida a través de simbolización, imaginación y el juicio en el proceso de toma de decisiones, cumplimos el sentido de la existencia.

El sentido de la existencia realiza valores que puede producirse por tres vías:

- Valores de Creación: Es aquello que yo ofrezco al mundo a través de lo que apporto, mi trabajo, la creación artística etc. (dar).
- Valores de experiencia: Es todo aquello que recibo del mundo, como lo es la naturaleza, las obras de arte, una puesta de sol. (Recibir).
- Valores de actitud: Cuando por hechos inevitables de la vida, tengo ante mí la posibilidad de asumir una actitud digna y valiente frente a ése destino doloroso que no puedo

cambiar. Frankl aquí hace referencia a la tríada trágica: “La culpa, el sufrimiento y la muerte”.

La exclusividad de Frankl como creador de la logoterapia se basa en dos conceptos centrales: en el hombre existe una conciencia intuitiva sobre la existencia del significado de la vida y que el hombre tiene una voluntad básica de encontrar este significado, porque este significado es la principal fuerza motivacional de su conducta y que el hombre, siempre que sea consciente, tiene tanto la libertad como la habilidad para buscar este significado.

El individuo es una totalidad de tres dimensiones: Su self somático o físico, su self psicológico o emocional y su self noético o espiritual; De las tres dimensiones que constituyen la unicidad del ser humano la última a saber, el self noético, ha sido olvidada por la psicología moderna. Sin embargo esta dimensión contiene los pilares sobre los que se apoya la logoterapia: Libertad de voluntad, Voluntad de significado, Significado de la vida. El self noético o espiritual del hombre no puede enfermar, no puede morir, existe más allá de los límites del espacio y el tiempo, trata de expresarse, necesita expresarse y la oportunidad de esta expresión está contenida en la vida misma.

La dimensión noética contiene la esencia de la vida, es la dimensión donde adoptamos decisiones, donde tomamos determinaciones (incluso contra las limitaciones del cuerpo y de la psique), o, en síntesis, es nuestro núcleo sano. Como la dimensión noética no puede enfermar, sino bloquearse por la enfermedad biológica o psicológica, es tarea nuestra eliminar el bloqueo y permitir al espíritu humano cumplir sus obligaciones y quehaceres.

La dimensión noética es como el “Tórax Médico” de la logoterapia, porque contiene todos esos recursos del espíritu humano capaces de ser empleados por el individuo para contrarrestar la enfermedad y los traumas que la vida acarrea: nuestra voluntad de significado, nuestras metas y objetivos en la vida, nuestra creatividad, nuestro amor (más allá de lo físico.), nuestra conciencia (más allá del súper Ego), nuestro sentido del humor, nuestro compromiso, nuestras ideas e

ideales, nuestra imaginación, nuestra responsabilidad y habilidad de respuesta, nuestra auto – conciencia, nuestra compasión y perdón y nuestra conciencia de la mortalidad.

La espiritualidad se suma a los recursos internos de una persona. Se hace patente sobre todo en los pensamientos y sentimientos. Alimenta la propia identidad y nos ayuda a desarrollar la sabiduría. Sin embargo, lo más importante es que la espiritualidad nos capacita para conciliarnos con la edad, para hacer las paces con uno mismo y con las demás y para aceptar la responsabilidad de todos los sucesos que acaecen en la vida de una persona. Hay muchos caminos abiertos para que un individuo potencie su espiritualidad en la vejez. La logoterapia, dice que la forma de mejorar la conducta de las personas en primer lugar y por encima de todo la remoralización y la rehumanización del ser humano.

Los conceptos básicos de la logoterapia de Frankl son: libertad de voluntad, voluntad de significado, significado de la vida, caminos hacia el significado, actitud hacia el self y hacia los otros y manejo de la tríada trágica.

Entre los **Lineamientos Fundamentales de la Logoterapia en el Asesoramiento Psicoterapéutico de la Depresión están:** Ayudar al individuo para que pueda hacer frente a las tensiones de la vida, llevar al asesorado a reflexionar sobre su fundamental responsabilidad frente a las tareas que le impone la vida, hacer descubrir al asesorado el sentido que tiene las cosas que él hace, entre el asesorado y el asesor surge una comunicación basada en la confianza.

El ser humano que sufre de depresión necesita un asesor rico en humanidad, en el que el asesorado pueda ver, además del asesor, al ser humano, a la persona, el asesor debe estar consciente que es extraño a la logoterapia el pensamiento de enseñar al asesorado acerca de las elecciones que debe hacer, sea para valores determinados, para tareas concretas, para significados específicos, o ante Dios, ante la sociedad, ante su conciencia. Al análisis de la existencia entendidos como la terapia le basta y le debe bastar la consecución de una meta: “conducir al asesorado, radicalmente, al sentido de su responsabilidad propia”. Solo de esta manera el

asesorado estará en actitud de aceptar independiente y libremente, las propias tareas, descubriéndose irrepetible y único.

En esta investigación, habiendo tenido como base la logoterapia para el mejor entendimiento de la depresión del anciano, específicamente en el vacío existencial generado por esta, es de vital importancia que se conozcan aquellos servicios médicos y sociales que están al servicio de la vejez, así como también las políticas de institucionalización, el mantenimiento del anciano y algunos sistemas alternativos de institucionalización, que pueden ser utilizados para todas aquellas familias y ancianos que estén interesados en conocer de cerca las alternativas de vida que ofrecen estos servicios a nivel público y privado, que además de ser una institución ya sea de tipo lucrativa o no lucrativa, ofrecen la oportunidad de pertenecer o formar parte de una familia con características similares.

3.2.1 Servicios Médicos y Sociales para la Vejez

Según el consenso social, es responsabilidad de las familias y de la sociedad en general hacerse cargo de sus ancianos. La constitución en su artículo 51 dice: “El estado protegerá la salud física, mental y la moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación, seguridad y prevención social”.

Además existe una ley de protección para las personas de la tercera edad que garantiza la justicia, la vivienda y la ayuda económica. Sin embargo, según el Instituto Nacional de Estadística, cerca de 400 mil guatemaltecos que superan los 60 años luchan por sobrevivir, haciendo cualquier tipo de trabajo porque el dinero de la jubilación no les alcanza.

Los hogares, asilos y residenciales pueden parecer tristes, tan solo si se los mira con miedo a envejecer. En la mayoría de los casos, estos lugares asumen una realidad que la sociedad se oculta a sí misma.

El que los ancianos vivan en una residencia a partir de la tercera edad, no tiene que ser un factor forzosamente un factor de “DESINTEGRACIÓN FAMILIAR”. Para sobrellevar de la mejor forma estos años, los ancianos necesitan condiciones mínimas de atención y cuidados. Por eso, una de las principales características de los hogares, residenciales y asilos, es tener personal especializado en las necesidades de las personas mayores.

En una sociedad en donde las viviendas son cada vez más pequeñas y tanto hombres como mujeres trabajan fuera de casa, los ancianos quedan atendidos por el personal doméstico, sino es que quedan solos. Esta situación ha llevado a crear residencias con personal especializado y actividades preparadas para ellos.

Existen diversos establecimientos que brindan un servicio a las personas de la tercera edad que cumplen funciones terapéuticas o sociales o ambas a la vez. Dentro de los cuales se presenta la siguiente clasificación:

A. Instituciones de albergue: Debido a las necesidades que presentan las personas de la tercera edad existen lo que hoy se le conoce como “fórmulas institucionales”, entre estas se conocen las siguientes:

- ✓ Establecimientos que proporcionan el albergue colectivo: Representados por el asilo tradicional llamada “institución cerrada” y caracterizado por la rigidez, la uniformidad y la falta de privacidad.
- ✓ El hospicio: es una institución muy antigua, este refleja la ideología de la asistencia a los desvalidos. El hospicio constituye hoy en día un modelo prácticamente extinguido, siendo suplantado por el hogar o residencia, variante más humanizada.
- ✓ Vivienda individual más servicios compartidos: Es una modalidad nueva que ha alcanzado una notoria expansión en países altamente desarrollados. Consisten en cuartos

o departamentos individuales con servicios de restaurantes y salas de reuniones compartidos.

- ✓ Vivienda individual con servicios compartidos y actividades de recreación: Este tipo de institución es muy común en los países como Francia, Bélgica y Estados Unidos, estos son hogares residenciales con servicios colectivos de comedor y atención médica y con actividades de recreación organizada por animadores.

3.2.2 El Mantenimiento del Anciano en su propio Hogar

Las políticas de mantenimiento en el hogar, adoptadas por las sociedades más desarrolladas como principal alternativa a la institucionalización, se centran en las medidas de apoyo financiero a la vivienda particular y en el suministro de servicios a domicilio, de ayuda en los quehaceres domésticos.

- Medidas referentes a la vivienda: El objetivo de las disposiciones de apoyo a la vivienda es recompensar los gastos de alquiler o expensas de los propietarios, colaborando con las personas de edad de pocos recursos, generalmente, tales medidas responden a iniciativas públicas (nacionales y municipales), aclarando sobre todo que este proceso es común en países como Bélgica, Dinamarca y Estados Unidos, ya que en el caso de Guatemala y varios países pobres no tienen el presupuesto para este tipo de necesidades en el anciano y sus familiares.

- Servicios a domicilio: En países altamente desarrollados existe una amplia gama de servicios gubernamentales y voluntario para ayudar a los mayores a desenvolverse en las tareas cotidianas. Los programas de servicios a domicilio están pensados para mantener a la persona de edad en su medio ambiente habitual y en contacto con la comunidad. Tales programas se hallan bien organizados y son llevados a cabo por personal especializado. En el caso de las familias guatemaltecas no buscan ayuda o bien una orientación que les ayude a facilitar la atención de un familiar anciano, ya que en algunos casos prefieren recluirlas en un asilo y si no lo tiene en casa pero sin la atención y el cuidado necesario.

- La recreación del anciano: En el caso de Guatemala, en algunos hogares de ancianos conviven personas que coinciden en su edad avanzada, pero al mismo tiempo, intentan mantener el espíritu lleno de vitalidad, por ejemplo el asilo de ancianos “Dulce Refugio” en San Luis, Petén. Algunos de estos centros manejan el concepto de que el hogar no solo es de albergar a gente de edad avanzada, también hay que crear un ambiente propicio para que se sigan desarrollando en esta etapa de la vida, por lo que reciben fisioterapia y terapias psicológicas u ocupacionales.

3.2.3 Sistemas alternativos a la institucionalización

- Iniciativa Pública: Estas instituciones son todas aquellas que no tienen la finalidad de lucrar dinero, sino de prestar un servicio a familias de la comunidad guatemalteca que la necesiten. En algunos casos estos centros asistenciales para ancianos se mantiene a partir de donaciones ya sean extranjeras o con lo que pueda aportar la familia.

- Iniciativa Privada: Estas instituciones manejan la política de que para recibir un anciano y brindarle su servicio, los familiares deben pagar una cuota mensual y llenar una serie de requisitos para que puedan ser aceptados en la institución. Por lo regular los ancianos que asisten a un asilo privado son de un nivel social – económico acomodado, ya que sus familias pueden pagar las cuotas que se exigen.

Para terminar esta información teórica, el supuesto con el que se desarrolló la investigación fue: “La incidencia de síntomas depresivos en personas de la tercera edad institucionalizadas, no necesariamente se debe al abandono por parte de sus familiares sino que está relacionada también con el nivel de factores neógenos en los ancianos comprendidos entre 60 y 65 años de edad”, se evidenció a través de los datos obtenidos la validez del supuesto, y de esta manera reafirmarlo, y así poder comprender de una manera más clara el porqué de su validez.

Asimismo agradecimientos al personal y encargados de administración del asilo de ancianos Dulce Refugio en la cabecera municipal de San Luis, Petén, quienes me permitieron realizar dicha investigación donde se atienden a personas de la tercera edad de una forma adecuada, no

importando sexo, raza, religión y condición social, brindándoles un calor de hogar, lo que sí es bien sabido esencial para lograr el bienestar íntegro del anciano. Dentro de los objetivos que tiene la asociación están: el de brindar abrigo, alimentación, compañía y apoyo moral a personas de la tercera edad que puedan o no aportar a su sostenimiento, Promover actividades de recaudación de fondos para su sostenimiento, crear espacios de amistad, solidaridad y compañía en los cuales las personas de la tercera edad, tengan un trato y condiciones dignas de vida.

Capítulo 4

Referente Metodológico

4.1 Diseño de estudio de caso

4.1.1 Método no experimental descriptivo

Este método comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre como una persona, o grupo conduce o funciona en el presente. La investigación descriptiva trabaja sobre realidad de hecho y su característica fundamental es la de presentación correcta, es necesario hacer notar que los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver. Como su palabra lo indica se encarga de describir las situaciones y conceptos que se están investigando.

4.1.2 Propósito del estudio descriptivo

Según Hernández Sampieri, " Muy frecuentemente el propósito del investigador es describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986). Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así —y valga la redundancia— describir lo que se investiga." (1998:59)

4.2 Diseño documental

Es el diseño que consiste en recopilar datos documentales sobre un tema o tópico determinado. Se trata de acudir a la memoria de la humanidad como fuente de información. Es por ello que para este tipo de investigación se utilizó el tipo de muestra no probabilística ya que la elección de

las personas dependió de causas relacionadas con las características que se predeterminaron para la investigación. El criterio para la elección de la muestra dependió del cuidado y el control en la elección de las personas de la tercera edad.

4.2.1 Características del diseño documental

Entre las características del diseño documental podemos mencionar Personas de la tercera edad comprendidas entre 60 y 65 años de edad, Ser institucionalizada, ambos sexos, personas de la tercera edad que sufren de marginación familiar, personas de la Tercera edad que no sufren de marginación familiar. Ya que se consideró que para este estudio se requirió no tanto de una representación sino una cuidadosa y controlada elección de personas que poseyeran las características deseables.

4.2.2 Instrumentos de Recolección de Datos

4.2.2.1 Observación Institucional

Se realizó una observación en la institución elaborada por la investigadora la cual consta de un cuestionario de 10 incógnitas para realizar un proceso de percepción conducida sistemática y lógica con atención dirigida que determinará el conocimiento más amplio y exacto posible sobre la institución en la cual se realizó el estudio de caso.

4.2.2.2 Observación al paciente

La observación es una técnica fundamental e indispensable en el quehacer psicológico ya que nos proporciona datos e información relevante del paciente, la que se realiza con el propósito de recabar información donde se obtienen datos importantes relacionados con el trastorno psicológico que presenta. Existen diferentes tipos de observación necesarias en el desarrollo de una investigación psicológica.

4.2.2.3 Entrevista estructurada

Esta entrevista fue elaborada por la investigadora, teniendo como base los indicadores de la investigación, que nos sirvieron para poder corroborar la presencia del vacío existencial. Esta consistió en una serie de 7 preguntas de respuesta abierta y cerrada, en donde el anciano pudo expresar sus dolencias existenciales. La entrevista se realizó de forma individual, en una temporalidad de dos sesiones de media hora por anciano, en donde la participación de la investigadora fue alterna.

4.2.2.4 Ficha clínica

Es un instrumento de mucha utilidad para el profesional tanto médico como en el área psicológica en este caso fue elaborada con el propósito de aportar datos registrados y recabar información, en ella se encontraran registros de los pacientes atendidos psicológicamente. En la ficha clínica no se encuentran datos de mucha confiabilidad.

4.2.2.5 Historia Clínica

Es todo documento médico- psicológico legal que contiene todos los datos psico-bio-patológicos de un paciente en forma escrita. En ella se encuentra el curso de la vida del paciente en cuanto interesa para el estudio de la enfermedad actual. En la cual se contiene información que ayuda a identificar al paciente, también sirve para justificar el diagnóstico y tratamiento, así como para documentar correctamente los resultados obtenidos en anteriores diagnósticos.

4.2.2.6 Genograma

El Genograma es de mucha utilidad en el quehacer psicológico ya que representa gráficamente la configuración familiar perteneciente a una o más generaciones, el en se encuentra la estructura familiar identificando género, edad y nombre, y datos relativos a acontecimientos que han marcado su configuración familiar como muertes, rupturas e incorporaciones de diferentes miembros familiares. En dicha representación gráfica el paciente debe estar identificado con

doble círculo si es femenino o doble cuadrado si es masculino. Este nos ayuda a observar el contexto familiar del paciente.

4.2.2.7 TAT (Test de Apercepción Temática)

Test proyectivo temático que consta de la aplicación de 20 láminas por paciente en blanco y negro que muestra personas realizando diferentes acciones, puede ser aplicado a hombres o mujeres después de los 15 años de edad hasta 99 o cien años o más. No posee límites especiales por nivel educativo, social, patológico o cultural. Su interpretación se basa en un proceso de proyección e identificación, debiendo el sujeto identificar un tema principal (área de conflicto) el tono emocional (estado de ánimo) el desenlace (expectativas) la organización en torno al personaje principal (relevancia, atributos y estados internos) y el ambiente o entorno. (Fue elaborado por Murray & Morgan, 1935, 1942, 1979)

4.2.2.8 Test de evaluación de síntomas depresivos

Este test fue elaborado por el médico psiquiatra Adalberto Campo Arias. Consistió en una serie de 10 preguntas de respuesta cerrada, que ayudó a identificar los diferentes síntomas depresivos existentes en cada uno de los que conformaron la muestra de estudio. Después de establecer el rapport, el test fue aplicado en dos sesiones de 30 minutos por anciano, con la participación de la investigadora, al finalizar la aplicación del test se le agradecía al anciano la colaboración prestada.

4.2.2.9 Terapia ocupacional

Son las técnicas utilizadas por los profesionales para ayudar a los pacientes en su recuperación, brindándoles diferentes formas de ocupar su mente en cosas productivas y agradables que ayudaran a mejorar sus relaciones y desarrollar una mejor salud mental. Las terapias ocupacionales fueron creadas e implementadas en psicología debido a su alta efectividad en incentivar al paciente donde encuentre diferentes formas de interactuar y recrearse en el

quehacer. Para que funcione se debe realizar una planificación específica que sustente las expectativas del grupo o la persona individual con la que se vaya a trabajar.

4.2.2.10 Logoterapia

La logoterapia es la Tercera Escuela Vienesa de psicoterapia, es decir, como un sistema psicoterapéutico que hace referencia directa al logos, como canal específico de acercamiento a los padecimientos humanos. La palabra logos, de origen griego tiene dos sentidos para Frankl, “sentido” y “espíritu”.

La logoterapia, es el sistema Logo terapéutico que aporta algo fundamental; que en los momentos difíciles de la vida, los padecimientos mentales, el sufrimiento y el desarrollo humano no pueden verse solamente en la perspectiva somática y psicológica, porque el ser humano se constituye en su auténtica y genuina humanidad cuando se hace presente la dimensión existencial - espiritual arraiga en la libertad y la responsabilidad ante la propia vida. Su objetivo principal es encontrarle sentido al sufrimiento y un porque al seguir viviendo. Es necesaria la escucha activa para tener éxito en la logoterapia; realizar 2 sesiones semanales de 45 minutos cada una y con ello poder lograr un mejoramiento en la conducta del paciente.

Capítulo 5

Presentación de Resultados

5.1. Caso Clínico

Paciente de 65 años de edad, viuda, de género femenino, originaria de Aldea la Balsa, San Luis, Petén, quien no profesa ninguna religión, hija única de una madre soltera quien vive actualmente en el asilo de Ancianos “Dulce Refugio” quien fue internada allí por una vecina ya que la anciana pasaba hambre en su casa porque fue abandonada por su familia desde hace un año murió su pareja se ha quejado de muchas enfermedades, pasa mucho tiempo triste y sin ganas de seguir viviendo, comenta la directora del asilo “Dulce refugio”.

La paciente comenta “mi calvario empezó desde que mis hijos se acompañaron y nunca más me pusieron atención, mucho menos me han llevado dinero para mi alimentación y que si no hubiera sido que una señora me dijo que aquí podía vivir hasta que muriera no hubiera llegado al asilo y mire que en los meses que llevo allí internada nunca ha llegado nadie de mi familia a visitarme y mire que lo único que me falta es morir y ya no quiero seguir viviendo” refiere la paciente.

Ella ha bajado mucho de peso en los últimos dos meses, solo pasa llorando y no quiere comer y en muchas ocasiones le ha dicho a una de las ancianas compañera de cuarto que va planear una forma para quitarse la vida y esta señora le comentó lo que está pasando a la directora del asilo quien la refiere con la estudiante practicante.

La paciente ha asistido a 10 sesiones (logoterapia, psicoterapias, grupos de apoyo y diferentes técnicas psicológicas) con lo que la paciente mostró mejoría en su estado de ánimo. (Ver anexos donde se encuentra la historia clínica que sustenta el caso psicológico).

5.2 Análisis de resultados

En este capítulo se presentan de manera ordenada y detallada, la interpretación y el análisis de cada uno de los resultados obtenidos en la observación institucional, así como en la aplicación del Test de evaluación de síntomas depresivos y la entrevista estructurada, y todos los demás recursos utilizados para tratar el caso psicológico, todo ello con la finalidad de obtener datos reales que aportaron conocimientos nuevos y de interés para la investigación, por lo que a continuación se encontrará la descripción y transcripción de dichos resultados:

5.2.1 Observación Institucional

El asilo de ancianos “Dulce Refugio”, está ubicado en Barrio La florida, San Luis, Petén. En la calle que conduce a Poptún, el material de construcción de las paredes es de block y el techos es de lámina, en una parte posee segmentos de terraza, el tipo de ventana es de hierro, solo de un nivel, posee drenaje en buen estado, la calle que pasa enfrente es de asfalto en buen estado.

El servicio en relación al agua es domiciliar, cuenta con contadores privados y un teléfono residencial a su servicio, Para el acceso a dicho lugar se utiliza el transporte de línea urbana y extraurbana, servicios de microtaxi, etc.

En cuanto al entorno social, se pudo observar los siguientes tipos de comercios: tiendas y viviendas. Dentro de sus actividades están las comerciales y las religiosas.

5.2.2 Observación al paciente

La observación fue muy importante ya que se tuvo la oportunidad de conocer más afondo el caso a estudiar, que solamente por medio de la observación se realizan datos verídicos y fundamentales y nos proporcionó datos e información relevante del paciente. Por medio de esta se pudieron corroboradas varios supuestos como entre ellos: llora constantemente, se siente desilusionada y se aísla de los demás entre otros, como su actitud decaída y sin iniciativa para continuar, lenguaje pausado y un tanto retraída.

5.2.3 Entrevista estructurada

Esta consistió en una serie de 7 preguntas de respuesta abierta y cerrada, en donde la anciana pudo expresar sus dolencias existenciales. La entrevista se realizó de forma individual, en una temporalidad de dos sesiones de media hora, en donde la participación de la investigadora fue alterna.

De las cuales los datos proporcionados nos indicaron los siguientes resultados: que el anciano institucionalizado visitado o no, presenta cierta inconformidad solo con el hecho de estar en dicho lugar, ya que esto les lleva a sentir incapacidad, dependencia, soledad, tristeza, amargura, y el deseo constante de estar el tiempo completo con su familia, y de esa manera se evidencia uno de los principios de la logoterapia en donde nos dice que la vida tiene sentido bajo cualquier circunstancia, en donde por supuesto estos ancianos pierden el sentido de su vida, por la circunstancia actual de institucionalización en que se encuentran y como consecuencia pierden el sentido de ser dueños de su propia voluntad y debido a ello se sienten vacíos y dejan de ejercerla.

5.2.4 Ficha clínica

Con este instrumento se recabó información relevante útil para el asilo de ancianos en el área de psicología donde se registró de manera eficiente los datos requeridos para así llevar un orden de las personas que visitan el área. En esta se resaltan datos importantes pero no muy extensos. Entre ellos se resalta la anamnesis de la paciente.

5.2.5 Historia Clínica

Al analizar los datos recabados en la historia clínica y fundamentados en el DSM-IV los síntomas se encuadran en un diagnóstico de depresión fortaleciendo positivamente los supuestos en la observación. En esta se encuentran diferentes datos de interés relacionados con la paciente y su entorno familiar conllevando así datos muy relevantes.

5.2.6 Genograma

Es aquí en el Genograma donde se logró identificar la configuración familiar perteneciente a las generaciones de la paciente en donde se registra información personal de los miembros (genero, edad y nombre), y datos relativos a acontecimientos que han marcado la configuración familiar (muertes, rupturas e incorporaciones). Es un tanto difícil recabar datos con la paciente ya que se mostró deprimida y poco colaboradora y en varias ocasiones la paciente recalca que no se recordaba de fechas, nombres ni relaciones compartidas con su familia.

5.2.7 TAT: (Test de Apercepción Temática)

Se realizó una prueba proyectiva fundamental en los casos de depresión y se optó por el TAT para corroborar los datos en la historia clínica, en donde al inicio se le dieron instrucciones precisas a la paciente para la realización de la prueba en donde se le dijo que se le aplicaría en dos secciones de 10 láminas en cada sección y que ella libremente podía redactar una historia con cada una de las láminas de forma libre en donde no tenía límite de tiempo; se le pidió permiso para poder grabar sus relatos para lo cual la paciente estuvo de acuerdo, luego se le pidió que escogiera la lámina que más le gustara y porqué, por lo que se llegó a la conclusión después de aplicado que la paciente presenta evasión y depresión.

5.2.8 Test de evaluación de síntomas depresivos

Según el test de evaluación de síntomas depresivos elaborado por el médico psiquiatra Adalberto Campos Arias Profesor asociado de la facultad de medicina de la universidad autónoma de Bucaramanga, Colombia; aplicado a la paciente, se puede llegar al siguiente análisis de resultados; que entre los síntomas depresivos que la paciente presenta son sentimiento de tristeza, pérdida de interés en actividades que disfrutaba antes de caer en el cuadro depresivo, pérdida de peso y apetito, llanto constante, inutilidad, dificultad para recordar algunas cosas, cansancio, pérdida de energía y pensamientos suicidas. Por lo que se podría encuadrar en un diagnóstico de síntomas depresivos según el DSM-IV.

5.2.9 Terapia ocupacional

Esta terapia se realizó con el fin de observar en el paciente sus capacidades para relacionarse con los demás y sus habilidades psicomotoras, en lo cual se observó un desenvolvimiento bastante bajo en la paciente, ya que se aislaba constantemente del grupo y se quejaba que no sabía hacerlo y que no podía pero incentivándola logró trabajar en equipo.

5.2.10 Logoterapia

Se realizaron dos sesiones por semana de 45 minutos cada una logrando con ello mejorar la conducta de la paciente, ya que el objetivo principal de la logoterapia, es encontrarle sentido a su sufrimiento y porque no decirlo a su vida misma, al principio se encontraba poco colaboradora pero con el paso de la sesiones fue más fácil entablar una conversación amena y positiva con ella dando como resultado una efectiva mejoría.

Se logro con la paciente un buen raport, la logoterapia fue una de las técnicas que mejoro de una manera evidente la salud emocional de la paciente, por lo que se comprueba con ello que la logoterapia es efectiva en esta área.

Conclusiones

Que los síntomas que inciden en la depresión de personas de la tercera edad son: sentimiento de tristeza, pérdida de interés en actividades que disfrutaba antes de caer en el cuadro depresivo, pérdida de peso y apetito, llanto constante, inutilidad, dificultad para recordar algunas cosas, cansancio, pérdida de energía y pensamientos suicidas. Por lo que influyen de manera importante en el desarrollo físico, psicológico y social en la vida del anciano.

Los síntomas depresivos de mayor prevalencia en el desarrollo de la depresión en el adulto mayor son el llanto constante y la falta de energía y que se observa con mayor incidencia en las mujeres y que uno de los factores que más inciden en el desarrollo de síntomas depresivos en los pacientes de la tercera edad es la marginación familiar.

También se llegó a la conclusión que fue necesaria la aplicación de técnicas psicométricas y psicoterapéuticas para determinar algunos factores externos del contexto vivencial que inciden en la depresión geriátrica y que la importancia de un entorno familiar más cercano es importante para disminuir la prevalencia de la sintomatología depresiva en el anciano institucionalizado.

Recomendaciones

Implementar medidas de apoyo para ayudar a pacientes que se encuentren institucionalizados que sufren marginación familiar, posteriormente contactar a los familiares de los pacientes en estado de depresión para hacerles ver la importancia que es la visita de los mismos en el centro asistencial para la recuperación de la paciente.

La implementación de un profesional de la salud mental para ayudar en el centro asistencial “asilo” para brindar apoyo psicológico a ancianos institucionalizados, que tenga como finalidad que la persona de la tercera edad recupere su voluntad de sentido y que tomen una actitud digna frente a su situación y de esa manera evitar el vacío existencial.

Creación de programas que vayan en función de cubrir las necesidades recreativas, físicas y psicológicas del anciano institucionalizado, con el fin de que aminoren las problemáticas existentes tales como: Aparición y desarrollo de síntomas depresivos, pérdida de funciones motoras e intelectuales, por falta de estimulación y recreación del anciano y el fortalecimientos de valores internos que le ayudarían a las personas de la tercera edad a cambiar su actitud frente a la vida.

Referencias

- América Psychiatric Association. (2003) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4ta Ed. Rev.) Washington, DC, EE.UU. *Trastorno del estado de ánimo: Depresión mayor F33.x Pág. 352*
- Confort, Alex. *Una buena edad la tercera Edad.* Barcelona, Editorial Blume, 1986. Pág. 279
- Girón Mena, Manuel Antonio. *Liberación de la vejez.* Guatemala, Editorial Cenaltex Ministerio de Educación, 1987 Pág. 149
- Hernández Sampieri, Roberto. *Metodología de la Investigación.* México, Editorial McGraw-Hill, 1998 Pág. 501
- Guttman, David. *Logoterapia para profesionales* Editorial Desclée de Brower, S.A. 1998. Pág. 34.
- Kaplan, H. Sadock, B (2008) *Sinopsis de Psiquiatría* 10ª. Edición, PP. 1354) *psiquiatría geriátrica: Trastornos depresivos.*
- Monedero, Carmelo *Psicopatología General* Pág. 851
- Rowe, Doroty. *La depresión:* El camino de la salida del túnel. Barcelona, Editorial PIADOS, 1988 Pág. 269
- Sarason, Irwin G. *Psicología Anormal.* México, Editorial PRENTICE HALL, Hispanoamericana, 1996 Pág. 675
- Vallejo Nájera, Juan. *Ante la Depresión.* Barcelona, Editorial Planeta, 1996

Anexos

Anexo 1

FICHA CLINICA DE ADULTO

No. De Expediente

01

Referido por: Damaris Claros Secaida Fecha: 02/07/13
Cargo: Directora de la Institución
Nombre del paciente: R.C Género: F
Fecha de Nacimiento 13 de abril de 1948 Edad Cronológica: 65 años
Lugar de Nacimiento Aldea la Balsa Dirección: Asilo de ancianos
Religión: Ninguna Escolaridad Actual: Ninguna
Nombre de la madre: M.C. Edad: 83 años
Profesión u oficio: Ama de Casa Teléfono: --
Nombre del padre: -- Edad: --
Profesión u oficio: -- Teléfono: --
Estado Civil de los padres: --
Hogar integrado: Si: -- No. --
Descripción de la relación de los padres: Los padres de la paciente nunca estuvieron juntos.
Descripción de la relación del paciente con sus padres: Distante
Descripción de la relación del paciente con su cónyuge: enviado hace dos años
¿Cuál es su nivel socioeconómico? Bajo
Motivo de Consulta: Síntomas Depresivos
¿Cuándo comenzó la psicopatología? hace 2 meses
¿Cómo era antes de que iniciará la psicopatología? Refiere la directora del asilo que no conoce muy a fondo la paciente.
Síntomas Actuales: Tristeza, pérdida de peso, falta de energía
Signos Actuales: Pensamientos suicidas, baja autoestima.
¿A qué edad comenzó a asistir al colegio? Nunca fue a la escuela

Anexo 2

No. de Expediente

01

HISTORIA CLÍNICA:

Referido por: Damaris Claros Secaida

Fecha de entrevista: 02/07/13

I. DATOS GENERALES:

Nombre del paciente: R.C Género: Femenino

Fecha de nacimiento: 13 de abril de 1948 Edad cronológica: 65 años

Lugar de nacimiento: Aldea la balsa Dirección: Asilo de ancianos "Dulce Refugio"

Religión: Ninguna Etnia: Q'eqchí

Teléfonos: Casa -- Celular --

Escolaridad: Ninguna Centro de estudios: --

Dirección del establecimiento: --

Teléfono: --

Nombre del profesor (a): --

Estado Civil: Viuda Profesión: --

No. de miembros de la familia: -- Lugar que ocupa: --

Número de Matrimonios: 1 Tiempo de Relación Actual: --

Ha recibido tratamiento psicológico anteriormente: Si No

Causas: ---

II. DATOS DE LOS PADRES:

Nombre de la madre: M.C. Edad: 83 años

Teléfono personal: -- Escolaridad: --

Profesión u oficio: Ama de casa Horario de trabajo: --

Dirección laboral: -- Teléfono: --

Nombre del padre: _____ -- _____ Edad: _____ -- _____
Teléfono personal: _____ -- _____ Escolaridad: _____ -- _____
Profesión u oficio: _____ -- _____ Horario de trabajo: _____ -- _____
Dirección laboral: _____ -- _____ Teléfono: _____ -- _____

III. **MOTIVO DE CONSULTA:**

La directora del asilo refiere a la paciente porque le preocupa mucho porque ya ha observado en la paciente que pasa sola dice que la vida no tiene sentido, que quiere morirse hace 2 meses dejo de comer normal y que nunca la ha visitado ni un familiar. Que la paciente se queja de ser una inútil y que su familia no la quiere.

IV. **HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL:**

¿Cuándo comenzó a presentar la conducta actual? Hace 2 meses

Evolución de la conducta: Constante

¿Cómo era antes, que iniciara la conducta patológica? Refiere la directora del asilo que no conoce muy afondo como era la conducta de la paciente con anterioridad.

Síntomas actuales: Tristeza, desgano, irritabilidad y pérdida de peso.

Signos actuales: Pensamiento suicida.

Autoritario _____ Llorón _____ Seguro _____
 Inseguro _____
 ¿Se aburre fácilmente? _____ X _____ ¿Hace berrinche? _____
 ¿Se desanima fácilmente? _____ X _____

 Obediente _____ Desobediente _____ Dependiente X _____
 Independiente _____ Introverso _____ Extroverso _____

 Comunicativo _____ Retraído _____ X _____ Colaborador _____
 Peleador _____ Enojado _____ Celoso: _____

6. Infancia Tardía:

Desarrollo Escolar y Social:

¿A qué edad comenzó a asistir a la escuela? _____ -- _____
 ¿Cómo fue su adaptación? _____ -- _____

Características del aprendizaje: -- _____

¿Se relaciona con los otros estudiantes fácilmente? Si _____ -- No _____
 ¿Mantiene un buen rendimiento académico? Si _____ -- No _____
 Si su respuesta es negativa, indique cuales pueden ser sus dificultades: _____

¿Ha perdido grados? Si _____ No _____
 ¿Qué grados? Y ¿Cuáles fueron las dificultades? _____

Instituciones educativas a las que ha asistido

Pre-primaria: _____

Primaria: _____

Básicos: _____

Diversificado: _____

Universidad: _____

Le gusta tener amigos: Si _____ No _____

Prefiere estar solo: Si _____ No _____

Tiene facilidad para expresarse ante los demás: Si _____ No _____

Se involucra en actividades sociales Si _____ No _____

Actividades favoritas: _____

Visita el Internet: SI _____ NO _____

¿Cuáles son las redes sociales que más visita?

¿Cómo es la relación con su familia? Mala

¿Se siente apoyado y motivado por su familia? No

¿Tiene pareja actualmente? No

¿Cómo es la relación con su pareja? --

¿Tiene vida sexual activa con su pareja? _____

¿Cuáles son sus metas a futuro? _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Peso actual 130 Estatura 1.53 Intervenciones Quirúrgicas -- Alergias --

Cuales _____

Presenta alguna discapacidad física poco movimiento Sensorial o Intelectual --

Padece o padeció enfermedades psiquiátricas No

Padece o padeció enfermedades médicas Hipertensión

Problemas de hábitos de salud --

¿Consume tabaco? -- ¿Que cantidades diarias? --

¿Consume alcohol? -- ¿Qué cantidad, con qué frecuencia? _____

¿Qué drogas sin prescripción médica consume? --

¿Sus horas de dormir son adecuadas? No

¿Ha tenido algún problema para dormir? Si

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Insomnio X pesadilla X temor nocturno X

Sueño excesivo _____ Sonambulismo _____

¿Cómo es su alimentación actualmente? _____

¿Cómo ha sido su alimentación antes de enfermarse? _____

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION

Anorexia _____ Bulimia _____ Vómitos _____

Sueño excesivo _____ parásitos _____

HÁBITOS:

Comerse las uñas Si _____ No _____

Chuparse el dedo Si _____ No _____

Jalarse el pelo Si _____ No _____

Chuparse o comerse el pelo Si _____ No _____

Otros: _____

Hábitos de juegos: _____

Otros Entretenimientos: _____

Agregue cualquier comentario acerca de la salud del niño o adolescente que le gustaría compartir con nosotros: _____ Llora constantemente

VI. HISTORIA FAMILIAR

Hogar Integrado: Si _____ No X _____

Estado civil de los padres: Los padres de la paciente nunca estuvieron casados.

Descripción de la relación de los padres: _____

Descripción de la relación del paciente con sus padres: La paciente relata que la madre la abandonó cuando tenía 10 años de edad con una vecina y nunca más supo ella de su madre

¿Ha fallecido algún miembro de su familia? Si X _____ No _____

¿Por qué razón falleció? Muerte Natural

¿Alguno de los padres consumió o consume tabaco, alcohol o drogas actualmente? Si _____ No X

¿Qué tipo de droga) _____

¿Alguno de sus hermanos consumió o consume tabaco, alcohol o drogas actualmente? Si _____ No X

¿Qué tipo de droga) _____

¿Alguno de los padres consumió o consume tabaco, alcohol o drogas actualmente? Si _____ No X

¿Su novio(a) o pareja sentimental consumió o consume tabaco, alcohol o drogas actualmente? Si _____ No X

¿Qué tipo de droga) _____

¿Alguien de sus amistades consumió o consume tabaco, alcohol o drogas actualmente? Si _____ No X

¿Qué tipo de droga) _____

Número de hermanos: 0

No.	Nombre Completo	Edad	Escolaridad
1			
2			
3			
4			

Otras personas que viven en el hogar: _____

Lugar que ocupa entre sus hermanos: Primero

¿Cómo es la relación con sus hermanos? No tiene ningún hermano

¿Con quién de los hermanos (as) se lleva mejor? _____

Hermano (a) con el que tiene dificultades para relacionarse: _____

Alguien de la familia padece o ha padecido algún problema psicológico: _____

¿Quién? _____ ¿Cuál? _____

¿Cuál es su nivel socioeconómico? _____ Bajo _____

¿Quién sostiene la economía familiar? _____ -- _____

ESPECIFICAR QUE SE APLICO Y ADJUNTAR AL EXPEDIENTE

VII. EXAMEN MENTAL

La paciente se presenta a las sesiones vestida adecuadamente según la época del año en que se está, no se ubica en espacio y tiempo, presenta un lenguaje pausado, poco entusiasmo para contestar y descuido personal.

VIII. APLICACIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

TAT, Entrevista estructurado, Test de identificación de síntomas depresivos, Terapia ocupacional, _____ Logoterapia,

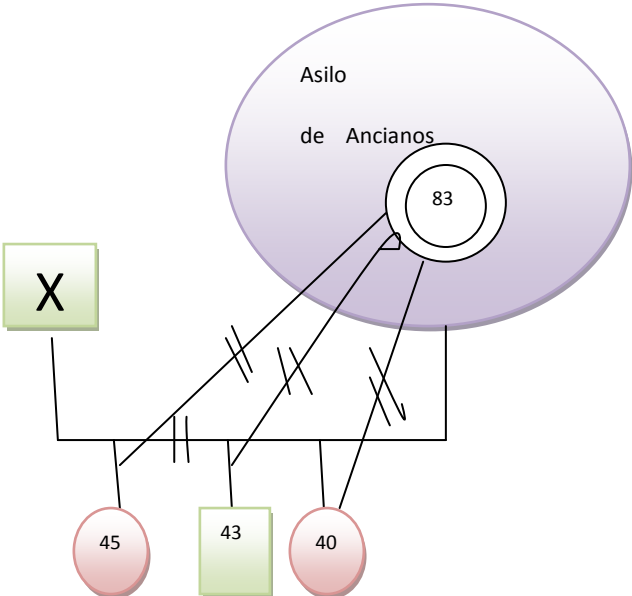
IX. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Presencia de síntomas depresivos, Depresión: F33.x DSM-IV Pág.353

X. PLAN PSICOTERAPÉUTICO

Logoterapias y psicoterapias

XI. GENOGRAMA



Anexo 3

INTERPRETACIÓN DE LAS LÁMINAS DEL TAT

Nombre de la Paciente: Rosa Caal

Edad: 65 años

Creencias

Religiosas: Ninguna

Escolaridad: Ninguna

Estado Civil: Viuda

Sexo:

Femenino

01. Un joven pensativo o concentrado con las manos en posición de pensar que hacer, tiene un instrumento al frente llamado violín.

✓ **Regresión, Sumisión.**

02. Una señora con libros en mano con una mirada un poco triste o perpleja hacia lo que puede ver allá dirige la mirada a la otra señora que está en posición de brazos cruzados esta frente a un hombre que tiene a su lado una bestia y se contempla una pequeña comunidad.

✓ **Temor o experiencias dolorosas durante el embarazo, represión.**

03. Yo veo una mujer con el rostro caído llorando agarrando una puerta está recostada a una pared con ropa larga, y cabello corto, el rostro está escondido, no se le mira su mirada, se mira como que estuviera de noche.....solo.

✓ **Depresión, pero posee mecanismos de defensa, mujer intratensiva, necesita de alguien o de algo para sostenerse o apoyarse.**

04. Una pareja.....el hombre distraído con la mirada hacia la derecha, la mujer lo está abrazando con la mirada puesta en él, no la está mirando pero ella sí, vestida y peinada elegante pero al fondo se ve una fotografía de una mujer semi desnuda enseñando las piernas....ambos están arreglados pero en ella no se mira nada de abandono ella tiene puesta.....ella tiene deseo de que el la atienda pero él no la quiere ver y dice que no me ve.

✓ **Inseguridad, falta de apoyo**

05. Lámpara de noche, flores, una señora que abre una puerta y mira hacia piedad que sea una sala, una televisión no.....una mesa de noche, un barril partido a la mitad, un mueble se mira como panteón no puede ser.

✓ **confusión, represión.**

06. Una pareja....no de matrimonio sino un hombre y una mujer con vista fija hacia ambos el señor mucho más grande que ella tiene una pipa en la boca, la mirada de él se mira interesada, pero ella como sorprendida ella está sentada junto a un mueble.

✓ **Angustia, le angustia perder a su familia.**

07. Pienso.....una mujer adulta, sentada en un sofá, leyendo un libro frente a una mujer adolescente pero tiene un bebe en sus manos puede que la señora este tratando con ella pero ella no le tiene cuidado ella tiene un bebito en sus brazos, esta triste preocupada no le dirige la mirada al bebé.

✓ **proyecta factores de crianza positiva, pero proyecta experiencias maternas negativas.**

08. Una mujer como de mi edad.....pensativa, de brazos en posición pensativa.....con mirada fija pero triste.....

✓ **Mujer traumada, tiene fuertes recuerdos encubiertos, neurótica, sentido de inferioridad.**

09. Dos mujeres yo las veo corriendo la más joven va corriendo mas adelante con rostro y vista levantada, agarrándose el vestido para avanzar, la mujer más grande se detiene bajo un árbol con un objeto en la mano.....como si la muchacha va cruzando agua un rio eso entiendo yo.....

✓ **Alteraciones emocionales.**

10. Cada vez más difícil.....no entiendo hombre o mujer 2 personas que se les mira la forma a la cara de arriba la persona tiene problemas de rostro besándose ambos con los ojos cerrados solo se mira una mano.

✓ **Falta de confianza en el afecto ajeno, da lugar a confusiones.**

11. (observa y se queda callada mucho tiempo como 1 minuto) espacio del cielo, agua.....caras.....piedras.....como que fuera un pez, calaveras de un animal, se mira al fondo como que fuera un ser humano.

✓ **Obstáculos de la vida, problemas situaciones de cualquier naturaleza (económicos y de salud)**

12.dos mujeres, esa mujer mira al lado derecho de la más joven y la más anciana al lado izquierdo, la persona más grande asia la izquierda con las manos en posición de las mandíbulas y tiene los dedos en la boca, las dos tienen una mirada no agradable.....porque ella se mira como enojada y asustada puede ser un familiar lejano nuera.....no es hija y mamá porque no se parecen en nada,se mira muy apegada a la mujer más joven.....relato....

✓ **Miedo a la vejez**

13. Una pareja ella esta acostada, en su recamara no sé si está dormida o muerta y el hombre está llorando como que no quiere ver nada, la mujer tiene las manos colgadas, una mano se le ve, ambos no dan el rostro hay una mesa unos libros, una mesa y una lámpara de noche un cuadro al fondo.

✓ **Descuido en la relación de pareja.**

14. Más oscuro todavía que puedo decir, un cuadro negro, con una claridad como que se abre una puerta un hombre tocando alas de la puerta no está parado esta agachado como inclinado....no entiendo esas cosas.

✓ **Choque al color negro, a lo tenebroso a lo desconocido, significa temores o amenazas externas.**

15.Veo un fantasma, una mujer o una persona con disfraz, con las manos estiradas y brazos juntos siempre en la oscuridad, no puedo entender su sin casas o son estelas no entiendo.

✓ **No posee temor a la muerte pero teme a lo desconocido.**

16. Que veo allí blanco con la mente en blanco en la luna. **Personalidad-dependiente, problemas de carácter, pasivo-dependiente.**

Me imagino dos pequeñas chozas, una choza con la mitad llena de maíz, o sea una troja, con patio verde lleno de grama, con una familia donde se da la

violencia intrafamiliar, donde un padre golpea a sus hijos en la cabeza si son chozas se imagina lo que puede haber allí dentro, camas de lo más sencillo, comida de la más humilde, ropas de lo más bajito, a unas cuantas cuadras una escuela a la que asisten los niños de esa choza, pero todos los hacen de menos los discriminan por la pobreza, en la siguiente cuadra se camina hacia la iglesia, donde se encuentra una familia pastoral donde se da más amor que en la casa de cierta familia.

✓ **Persona inteligente, defensas naturales.**

17.sol resplandeciente, una casa con 3 ventanas, luego hacia abajo se ve como que si fuera puente más abajo una casa, se ve bonita, con personas caminando, muros, peñas, 4 de ellos llevan una carga el otro lleva una peña uno de ellos con las manos en la cintura como autoritario como que fuera el jefe sobre el puente se ve una mujer esa mujer se ve al lado de la primer casa donde se ve el sol.

✓ **Depresión, visión sobre el hombre y el trabajo que realiza.**

18.dos mujeres una esta recostada en esta posición, mientras que la otra no sé si le está tocando la oreja o agarrándole el cuello, a la mujer no se le miran los ojos solo la parte del cráneo,donde esta recostada no sé si es hamaca o una pared.

✓ **Represión.**

19.no le entiendo a eso, como que fueran llantas de auto, o de carreta, dos personas, paradas o acostadas, un gusano como ver las nubes.

✓ **Proyección de amenazas externas.**

20. Un ser humano frente a un poste de luz, y lo que se ve al fondo enfrente al fondo monte, jardín, está solo, aunque esta oscuro tiene gorra.

✓ **Temores y aberraciones emocionales.**

RETEST

Cuales laminas le gustaron más:

La blanca porque puedo dibujar en ella lo que yo quiera.

Pero la que más me gustó fue: la señora que le está leyendo un libro a una niña puedo imaginar mucho, ya esta grande la señora pueda ser que está leyendo un libro muy importante para transmitir buenos consejos a la niña la señora que tiene un bebé como que no valora lo que la señora le está diciendo.

LA LAMINA QUE NO LE GUSTA

16. No le gusta por la presentación la manera de la máscara,.....esa es la que no me agradó.

CONCLUSIONES

En conclusión y al terminar de leer el manual de aplicación del TAT se obtienen hipótesis proyectivas de la paciente las cuales arrojan que tiene:

- Personalidad Dependiente.
- Angustia
- Depresión
- Neurosis

Anexo 4

TEST DE EVALUACIÓN DE SINTOMAS DEPRESIVOS.

Sexo: M _____ F _____ Edad: _____.

Instrucciones: Marque la casilla de los apartados que correspondan con su estado actual, ya que se obtendrá una lista de síntomas que puede ayudar a determinar si hay indicios de depresión.

1. Mantiene sentimientos de tristeza o irritabilidad:

SI NO

2. Perdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba.

SI NO

3. Cambios en el peso o en el apetito.

SI NO

4. Cambio en las pautas de dormir (Disminución o aumento de las horas de sueños)

SI NO

5. Sentimiento de culpa o inutilidad.

SI NO

6. Dificultad para concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones.

SI NO

7. Fatiga o pérdida de energía.

SI NO

8. Agitación o disminución de la actividad notada por otros.

SI NO

9. Pensamiento de suicidio o muerte.

SI NO

10. ¿Le sucede todo esto desde hace más de dos semanas?

SI NO

Test elaborado por el médico psiquiatra Adalberto Campo Arias, Profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

Anexo 5

FORMATO DE ENTREVISTA

Sexo: M. _____ F. X

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas.

1. ¿Usted es feliz en este momento? (Sentido de vida) SI NO

Por qué: **Mi familia me abandonó y no sirvo para nada**

2. ¿Cuál cree usted que es el sentido de su vida? (Vacío y Frustración)

a) Estar con su familia b. Ser independiente c. Ser feliz d. Ninguno.

3. ¿Qué proyecto a lo largo de su vida ha logrado, metas, objetivos de vida?
(Autorrealización y auto transcendencia)

Cuáles: **Ser madre de 3 hijos**

4. ¿A lo largo de su vida cree usted que ha aportado de forma positiva a su familia o amigos, para mejorar su vida y la de ellos? (valor creativo - Dar) SI NO

Qué Cosas: **Les dí casi toda mi vida pero ellos no me valoran**

5. ¿Qué ha recibido usted de su familia y amigos? (Valores Experienciales Recibir)

- a. Amor. _____ b. Amistad. _____ c. Solidaridad. _____ d. Cosas Materiales. _____
e. Nada. X f. Otros. _____

6. ¿Cómo se siente hoy en día al estar en este lugar?

(Valores Actitudinales y Tríada Trágica.) La verdad que no sé porque muchas veces me siento triste y no quiero seguir viviendo.

7. ¿Si pudiera cambiar algo de su vida, qué cambiaría?

- a. Nada. b. Algunas cosas. c. Todo.

Por qué: Porque he sido muy infeliz desde que era muy pequeña.

Anexo 6

GUIA DE OBSERVACIÓN

Instrucciones:

Observar el entorno social en el cual se aplicará la presente guía de observación. Debiendo completar todos los datos que en la misma se exponen.

DATOS GENERALES:

Nombre del Centro Asistencial: Asilo de Ancianos “Dulce Refugio”, San Luis, Petén

Ubicación:

Barrio Estadio, San Luis, Petén

Acceso: Carretera asfaltada

TIPO DE VIVIENDA:

Material de construcción de las paredes:

Ladrillo _____ Block X Madera _____ Lámina _____

Caña _____ Lepa _____ Cartón _____ Plástico _____

Material de los techos:

Terraza _____ Lámina X Duralita _____ Paja _____

Cartón _____ Plástico _____

Tipo de ventanas:

Madera fina _____ Aluminio _____ Hierro X Madera rústica _____

Plástico _____ Sin ventanas _____

Número de pisos: 1

URBANIZACIÓN:

Bueno x Regular _____ Deficiente _____

Tipos de calles: Concreto

Estado de las calles:

Bueno X Regular _____

Malo _____ Intransitable _____

SERVICIOS:

Agua:

Domiciliar x Chorro público _____

Pila pública _____ Toneles _____

Otros _____ No hay _____

Luz: x Cantidad Teléfono: 1

Contadores privados X Teléfonos públicos --

Contador comunitario -- Teléfono comunitario --

Alumbrado público Si

Transporte: privado, publico, urbano y extraurbano.

Seguridad Pública:

Cantidad Transitan radiopatrullas algunas veces transitan algunas patrullas
 públicas.

ENTORNO SOCIAL:

Tipo de comercios: Alrededor de la institución existen algunas iglesias tanto evangélicas
 como católicas como también algunos comercios entre ellos algunas tiendas y algunos
 otros negocios, también existen viviendas familiares
 etc.

CONDUCTAS SOCIALES:

Conductas Individuales: en el entorno se encuentran algunas veces personas
 trabajando de la municipalidad, estudiantes de los diferentes colegios.

Anexo 7

FOTOGRAFIAS



REALIZACIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ASILO DE ANCIANOS
"DULCE REFUGIO"







Realizando actividades en el asilo de ancianos "dulce Refugio" San Luis, Petén.



Cantando y realizando diferentes actividades con los ancianos que fueron parte de mi informe final de práctica.



Compartiendo una refacción en el asilo con los abuelitos.

