

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Humanidades

Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos



Abordaje terapéutico Cognitivo-Conductual para el tratamiento del trastorno depresivo en personas de la tercera edad que asisten a un centro de cuidado de día

(Artículo Científico)

Norma Elizabeth Franco Gramajo

Guatemala, febrero 2020

**Abordaje terapéutico Cognitivo-Conductual para el tratamiento del
trastorno depresivo en personas de la tercera edad que asisten a un centro de
cuidado de día**
(Artículo Científico)

Norma Elizabeth Franco Gramajo

Lcda. Eugenia de García (Asesora)
M.A. Doris Cuéllar (Revisora)

Guatemala, febrero 2020

Autoridades Universidad Panamericana

Rector M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica Dra. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo M.A. César Augusto Custodio Cobar

Secretaria General EMBA Adolfo Noguera Bosque

Autoridades Facultad Humanidades

Decano M.A. Elizabeth Herrera de Tan

Vice Decano M.Sc. Ana Muñoz de Vásquez

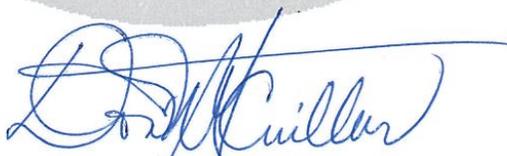
UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, septiembre año 2019.

En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: **“Abordaje terapéutico Cognitivo- conductual para el tratamiento del trastorno depresivo en personas de la tercera edad que asisten a un centro de cuidado de día ”**. Presentada por el (la) estudiante: **Norma Elizabeth Franco Gramajo** previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, 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. Eugenia de Garcia
Asesor

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, febrero año 2020.

En virtud de que el presente Artículo Científico con el tema: **“Abordaje terapéutico Cognitivo-Conductual para el tratamiento del trastorno depresivo en personas de la tercera edad que asisten a un centro de cuidado de día”**. Presentada por el (la) estudiante: **Norma Elizabeth Franco Gramajo**, previo a optar al grado Académico de Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.


M.A. Doris Cuéllar
Revisor



UPANA

Universidad Panamericana
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE HUMANIDADES, ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, Guatemala, Febrero 2020. -----

En virtud que el presente Artículo Científico con el tema **“Abordaje terapéutico Cognitivo-Conductual para el tratamiento del trastorno depresivo en personas de la tercera edad que asisten a un centro de cuidado de día”**, presentado por el (la) estudiante **Norma Elizabeth Franco Gramajo**, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, esta Decanatura extiende **Dictamen de Aprobación** previo a optar grado académico Maestría en Enfoques Psicoterapéuticos, para que **el (la) estudiante proceda a la entrega oficial en Facultad.**

M.A. Elizabeth Herrera de Tan
Decano
Facultad de Humanidades

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

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
La Tercera Edad en Guatemala	1
1.1 Definiciones sobre envejecimiento y vejez	4
1.2 Cambios biopsicosociales en el adulto mayor	5
1.2.1 Cambios físicos	6
1.2.2 Cambios psicológicos	7
1.2.3 Cambios sociales	8
1.3 La familia del paciente de la tercera edad	9
1.4 Centros de cuidado	12
Depresión	14
2.1 Antecedentes históricos	14
2.2 Criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor	17
2.3 Tipos de depresión	20
2.3.1 Depresión en el adulto de la tercera edad	21
2.4 Causas de la depresión en el adulto de la tercera edad	24
2.5 Diagnóstico diferencial	25
2.6 Desarrollo y curso del trastorno depresivo mayor	27
2.7 Factores asociados a la depresión en el adulto de la tercera edad	28
2.8 Prevalencia del trastorno de depresión mayor	30
2.9 Consecuencias funcionales del trastorno de depresión mayor	33
2.10 Aspectos diagnósticos relacionados con el género	34
Modelo Cognitivo Conductual y la Tercera Edad	38
3.1 Antecedentes históricos	38
3.2 El enfoque cognitivo conductual en la actualidad	40

3.3	Abordaje terapéutico	41
3.3.1	Instrumentos utilizados para la elaboración del diagnóstico clínico	42
3.3.2	Trastorno depresivo en adultos de la tercera edad	44
3.3.3	Terapia de solución de problemas para la depresión	45
3.3.4	Características de la terapia de solución de problemas	46
3.3.5	Programa de intervención de la terapia solución de problemas para el trastorno depresivo	47
3.3.6	Técnicas cognitivo conductuales	51
3.3.7	Técnicas cognitivo conductuales adicionales	52
3.3.7.1	Técnicas para control de pensamientos negativos	52
3.3.7.2	Entrenamiento en asertividad	53
	Conclusiones	56
	Referencias	57
	Anexos	61

Lista de Tablas

Tabla No. 1	Clasificación del trastorno depresivo mayor	19
Tabla No. 2	Consecuencias funcionales del trastorno depresivo mayor	33
Tabla No. 3	Casos consultados por trastorno depresivo de enero a septiembre 2016	37
Tabla No. 4	Estrategias para promover la confianza del paciente con el terapeuta	48
Tabla No. 5	Estructura, contenido y actividades de la intervención terapéutica	49

Resumen

El artículo científico se realiza como resultado de la investigación llevada a cabo en el centro de cuidado del adulto de la tercera edad “San Jerónimo Emiliani”, con el objetivo principal de demostrar la eficacia del Modelo Cognitivo Conductual y la Terapia de Solución de Problemas para la depresión, como un enfoque dirigido a lograr que el paciente identifique y cree soluciones efectivas para afrontar su problemática la que está dando origen al trastorno depresivo.

En el contexto guatemalteco, la depresión se ha visto agudizada en la población, por no contar con políticas definidas para proteger a este grupo de personas tan vulnerable, viviendo algunas veces en situación de abandono y maltrato en el propio núcleo familiar. En la investigación, se profundiza sobre los factores de riesgo, precipitantes y contribuyentes para el trastorno depresivo mayor en personas ancianas en un centro de cuidado de día.

En el sistema familiar actual, por los cambios que ocurren en la etapa de la tercera edad y la tendencia del cuidado del adulto mayor en el entorno familiar, la cual ha cambiado por la incorporación de la mujer al mercado laboral, lo que ha producido un rechazo y provocado que las familias opten por la institucionalización como una medida inevitable siendo en algunos casos un factor para el origen de la depresión, por la presencia de un ánimo triste, vacío, irritabilidad acompañado por cambios cognitivos y conductuales que afectan la capacidad funcional del individuo.

En este artículo, se describen los diferentes tipos de depresión, características, síntomas que muestran los adultos mayores que presentan un trastorno depresivo, así como los diferentes instrumentos que se utilizan para el diagnóstico y la importancia de brindar un abordaje terapéutico con el Enfoque Cognitivo Conductual y la aplicación de diferentes técnicas, dirigidas a disminuir las múltiples manifestaciones que afectan la funcionalidad de los adultos de la tercera edad y lograr modificaciones emocionales, cognitivas y conductuales de los ancianos que reciben el tratamiento psicoterapéutico en el centro de cuidado de día.

Introducción

En Guatemala, la tercera edad es una etapa del desarrollo del ser humano que inicia a los 60 años de edad, caracterizándose esta fase por grandes cambios en todas las áreas del funcionamiento, pudiendo dar origen a un trastorno depresivo, lo que requiere de atención psicoterapéutica porque la sintomatología altera el estado de ánimo y afecta las áreas cognitivas, conductuales, físicas del adulto mayor, llegando a verse afectada su funcionalidad, por encontrar problemas que no pueda darle solución, causando un impacto en la vida del paciente.

La investigación realizada para la elaboración del artículo científico se lleva a cabo en el centro de cuidado del adulto mayor “San Jerónimo Emiliani”, en cuya población se evalúa y diagnostica por medio del uso de varios instrumentos, el trastorno depresivo mayor que con frecuencia aqueja a la población de ancianos, siendo en múltiples ocasiones el abandono o desplazamiento a centros de cuidado como un factor precipitante para de la depresión.

Existen varios tipos de depresión, pero el más frecuente es el trastorno depresivo mayor, por lo que el tratamiento en el campo de la Psicología el que se recomienda como el más eficaz es el Enfoque Cognitivo Conductual, ya que con el uso de diferentes técnicas como la Terapia de Solución de Problemas para la depresión, logra mejorar el estado de ánimo del paciente, proporcionándole estrategias que le permitan cambiar su conducta, disminuyendo los pensamientos automáticos, las creencias desadaptativas, sentimientos de culpabilidad e inutilidad.

Además, les motiva a encontrar soluciones a los problemas actuales y futuros, buscando redes de apoyo para lograr disminuir la sintomatología existente por el trastorno depresivo. El programa de intervención con la Terapia Cognitivo Conductual, basado en el modelo de Solución de Problemas para la depresión, se ha abordado con el objetivo central de la reducción de los síntomas depresivos y que sus efectos se generalicen a otros ámbitos de la vida de los pacientes.

La tercera edad en Guatemala

En nuestro contexto guatemalteco, es común observar actitudes discriminatorias hacia los adultos de la tercera edad, situación que se agudiza debido a que el estado de Guatemala no cuenta con políticas definidas para proteger a esta población tan vulnerable. De acuerdo con Richter (2014), diversos análisis concluyen que el grupo social de adultos mayores viven en situaciones de extrema pobreza, lo que trae como consecuencia que un gran número de esta población sufra desnutrición y no tenga acceso a los servicios de salud, vivienda y a su vez dificultad para obtener fuentes de trabajo.

Lo señalado anteriormente tiene graves consecuencias que dificultan la participación activa en la sociedad, por lo es que es importante promover políticas que les brinde un mayor bienestar como grupo social desfavorecido.

Lo señalado anteriormente, muestra cuales son las graves consecuencias que pueden llegar a dificultar la participación de los adultos mayores en la sociedad guatemalteca, por lo que es importante promover políticas que permitan garantizar sus demandas físicas, psicológicas y sociales, las cuales les puedan brindar un mayor bienestar a este grupo de la población menos favorecido.

Según la Procuraduría de los Derechos Humanos, en Guatemala en su informe anual circunstanciado al Congreso de la República (2009), refiere que el escenario más común donde ocurren múltiples formas de maltrato físico, psicológico y social, descuido y abandono de las personas adultas mayores, es en el entorno del hogar; la dimensión de dichos abusos no desmerece otras formas de maltrato y violencia sufridas por ellos y que poseen carácter estructural, como: negligencias, acciones y omisiones, por parte de agentes e instituciones estatales y estructuras sociales extrafamiliares.

En lo que se refiere al sector salud, es de conocimiento general que hasta la fecha la red pública nacional no cuenta con un área geriátrica específica para atender de forma preventiva o curativa

las enfermedades de esta población, debido en gran parte al desconocimiento del personal de atención respecto al proceso de envejecimiento y los cambios que implican aspectos no solamente físicos o biológicos, sino también aquellos cambios psicológicos y sociales que habitualmente acompañan a esta etapa del ciclo vital y aún más en las personas que están atravesando alguna enfermedad.

Richter (2014) afirma, que el Comité Nacional de Protección a la Vejez (CONAPROV), es el encargado de velar por la protección de los adultos mayores, así como promover, impulsar, coordinar, realizar y orientar programas y acciones para el bienestar de esta población. Además, señala que el Estado de Guatemala reconoce la existencia del grupo social de adultos de la tercera edad y que tiene la obligación de protegerlo y reconocer sus derechos lo que se inicia en la Constitución Política de la República, la que en su artículo 51 establece: “El estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social”. (p. 3)

Es decir, el estado reconoce la importancia de que todo ciudadano guatemalteco tiene derecho a tener vivienda, vestido, alimentación, atención médica y todos servicios sociales necesarios. Por otro lado, el Instituto Nacional de Estadística (INE) (2002) reporta, que la población de los adultos mayores entre 60 y 69 años constituye el 50% de la población, siendo una población activa; desglosada la información, las mujeres adultas mayores representan el 50.34% y los hombres un equivalente al 49.65%.

De acuerdo al censo de ese mismo año, el 65% de las personas mayores de 60 años viven en pobreza y el 36% en pobreza extrema, este dato incluye tanto la población indígena como de otras etnias. Concluyendo que en Guatemala novecientos mil habitantes son adultos de la tercera edad, lo que constituye un 6.2 por ciento de la población total del país.

Asimismo, Richter (2014) indica que el Congreso de la República emitió La Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad, Decreto 80-96 y sus reformas 2-97 y 51-98 la que tiene como objeto brindar protección tutelar a la población adulta mayor guatemalteca. Otra entidad

encargada de la protección de este segmento de la población es el Comité Nacional de Protección a la Vejez (CONAPROV) quien regula aspectos vinculados con las personas de la tercera edad, siendo esta la Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar, Decreto número 97-96 del Congreso de la República de Guatemala.

González (2014) refiere, que la ley de protección de los adultos de la tercera edad 85-2005 establece el aporte económico de Q400.00 mensuales para los que se encuentren en pobreza extrema sin cobertura social, pudiendo optar a ese beneficio a partir de los 65 años de edad; sin embargo, durante el 2013 la Defensoría de Personas Mayores de la Procuraduría de Derechos Humanos (PDH) recibió 371 denuncias, de las cuales 98 eran por maltrato físico y psicológico, y el resto por distintos tipos de abuso.

Cuyún (2007) afirma:

El Artículo 38 de la Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad, establece que serán sancionadas conforme lo constituye el código penal las personas obligadas a cuidar de un anciano y que le negare alimentación o habitación, que le ocasionare malos tratos, ofensas, humillaciones y lesiones, que lo abandonare teniendo el anciano dificultades para valerse por sí mismo y cualquier otra circunstancia que signifique menosprecio contra las personas de la tercera edad.

El Artículo 39 de la Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad, literalmente indica: Quien hurtare parte de su patrimonio, estafare, robare, despojare, usurpare o se apropiare en forma indebida de las pertenencias o propiedades de un anciano será sancionado conforme lo establece el Código Penal, aumentada la pena en una tercera parte.

(p. 27)

Finalmente, en este sentido se considera que un grupo significativo de la población de la tercera edad vive en situación de abandono y maltrato, mismo que ocurre dentro del propio núcleo familiar. Además, cabe mencionar que si bien el estado ha tomado iniciativas de ley que promueven la protección de dicha población, aún no ha creado las condiciones esenciales para que estas obtengan una mejor calidad de vida, mediante la eliminación de la violencia, el maltrato y la discriminación; y la promoción de condiciones sociales que le faciliten la vida en comunidad.

1.1 Definiciones sobre envejecimiento y vejez

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma:

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte (p. 2)

De acuerdo con García. P. (2013), el envejecimiento se refiere a un proceso biológico que conduce en la mayoría de los casos a alteraciones funcionales del organismo y por consecuencia a la muerte. Estos cambios en el orden morfológico, psicológico, funcional y bioquímico conllevan a un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés.

Blanco (2007) señala que la vejez es un proceso del desarrollo humano, causado por diversos factores biológicos, fisiológicos, psicológicos, sociales, que sucede de manera natural y que es tan inevitable como la niñez y la adolescencia. Sin embargo, cada persona envejece de manera distinta y depende del organismo, alimentación y el estilo de vida. A continuación, se mencionan importantes definiciones que sugiere Blanco (2007).

En la vejez en el ámbito biológico, se produce un deterioro normal de los órganos del cuerpo, lo que se reflejan en las funciones de la vida diaria, de igual manera en el ámbito social, la vejez se

ve acompañada de diferentes signos como el retiro del trabajo y el sentido de utilidad, esto se ve reemplazado por la dependencia parcial o absoluta por parte de los familiares u otras personas. Asimismo, la vejez desde el punto de vista psicológico puede llegar a manifestarse sentimientos de miedo, presentándose como un síntoma de invalidez.

De igual manera, en la etapa de la vejez puede el adulto convertirse en una persona ambiciosa, ahorrativa, privándose de cosas indispensables para vivir, además de presentar cambios debido a que se vuelven temerosos, apáticos, aburridos llegando a aislarse. Blanco (2007) hace referencia a importantes definiciones, como al denominar viejo a la persona de mucha edad, suele utilizarse como tono familiar de cariño aplicado a los padres o a otras personas, de igual manera se le llama anciano a la persona mayor haciendo referencia al hombre o mujer, y a la ancianidad a la última fase del ser humano. Asimismo, se le denomina adulto mayor a la persona que ya es abuelo y senectud a los adultos de edad avanzada.

1.2 Cambios biopsicosociales en el adulto mayor

Refiere García y Olmos (2009), que durante la etapa del ciclo vital de la vejez, se presentan diferentes características, las cuales se van presentando en forma progresiva y que durante el período de la vejez, el adulto mayor atraviesa por tres categorías siendo estas las siguientes: Categoría biológica: esta comprende el desgaste estructural como el funcional que es propio de la etapa de la vejez, la categoría sociológica: comprende el deterioro biológico que afecta la participación en la sociedad del adulto y por último la categoría cronológica que es la que comprende la edad avanzada que disminuye la esperanza de vida.

Según Alvarado (2008), la edad cronológica en la cual se ha considerado que da inicio el envejecimiento es a partir de los 60 años. Siendo esta edad cronológica sólo una referencia que no determina por sí misma la salud y la capacidad de funcionamiento de una persona adulta mayor.

Como afirma, Alvarado el envejecimiento es el proceso natural en el cual es evidente una disminución de las funciones biológicas, sin embargo, este proceso ocurre paulatinamente a lo

largo del ciclo vital. Además, uno de los problemas en el adulto de la tercera edad es el deterioro intelectual, en 1980 se calculó que un 10% de la población mayor de 60 años presentaban un deterioro mental grave, pero el envejecimiento no lleva implícito la demencia, la confusión, la depresión o las alucinaciones.

García, R. (2012) señala, la importancia de reconocer la etapa de envejecimiento ya que se presentan varios procesos los que se pueden manifestar en forma asincrónica, es decir no necesariamente al mismo tiempo. Junto al avance cronológico de la edad, se presentan cambios biológicos, manifestaciones psicológicas y transformaciones sociales. Este mismo autor indica: “La vejez y el envejecimiento no se contraponen, sino que se complementan”. (p. 28). Entonces, quiere decir que el envejecimiento es el proceso de transición hacia la vejez donde interactúan los siguientes aspectos físicos, psicológicos y sociales.

El autor antes referido expone, que durante la etapa de la vejez y el envejecimiento se presentan varios cambios tanto físicos, psicológicos y sociales que durante este proceso pueden llegar a afectar a la persona de la tercera edad, por lo que estos cambios suceden en forma paulatina, lo que se reflejará en la aparición algunas veces de patrones de conducta o la extinción de otros que han sido adquiridos a lo largo de la vida.

García y Olmos (2009) identifican los diferentes cambios:

1.2.1 Cambios físicos

Estos cambios corresponden al desgaste del cuerpo humano, motivado por el envejecimiento en el cual están implicadas alteraciones como: la disminución estructural y funcional de las capacidades sensoriales (vista, oído, gusto, olfato y tacto). Estos mismos autores también consideran que en esta etapa se presentan dificultades en el sistema inmunológico que originan enfermedades (debido a la disminución de la capacidad de adaptación a los cambios) y dificultades músculo-esqueléticas (menor masa muscular y aumento de grasas), lo que provoca que disminuya el tiempo de reacción y la fortalece física del adulto mayor, así como alteración

del equilibrio que conlleva a una disminución de la actividad motora. Por lo tanto, se interpreta al envejecimiento físico no como una enfermedad sino como un proceso biológico natural.

1.2.2 Cambios psicológicos

Estos cambios son relativos al funcionamiento cognoscitivo propio de la edad. Esta situación aunada al hecho que durante la vejez se experimentan pérdidas de diferente tipo, entre los que se pueden mencionar pérdidas de familiares o amigos. El anciano puede sentirse inútil que no puede dar ningún tipo de aporte y encontrarse expectante de la dependencia y la muerte como su futuro más próximo. Todo ello puede provocar baja autoestima que se caracteriza por inadaptación, desinterés etc. Sin embargo, “los cambios psicológicos no están aislados de los cambios sociales ni de los cambios físicos. Los ancianos no son todos iguales cada uno tiene su vejez que se ha ido gestando y que se ha preparado durante toda la vida” (García y Olmos, 2009, p. 19)

González, J y De la Fuente, R. (2014) afirman:

La predisposición a la tristeza, la melancolía y a la depresión son también aspectos relacionados con la vejez, que pueden estar relacionados con la pérdida de autonomía y/o a los aspectos sociales (jubilación, pérdida de seres queridos, miedo a la enfermedad y a la muerte, etc.) y como consecuencia se produce un mayor aislamiento social. (p. 123).

La Organización Mundial de la Salud (2017) afirma, que el 20% de la población de adultos de la tercera edad sufren un trastorno mental o neural y el 6% padecen discapacidad como resultado de trastornos mentales y del sistema nervioso. Esto representa que 17.4% de los años vividos de la población mencionada lo han hecho con discapacidad. Siendo la demencia y la depresión los trastornos con mayor incidencia en este segmento de la población.

En relación con los trastornos de ansiedad estos afectan a un 3.8 % de la población de adultos mayores y los problemas por adicciones es del 1%. Asimismo, la cuarta parte de la población muere por daños auto infringidos, la depresión que puede ser la causa de sufrimiento extremo y deterioro de la vida cotidiana presente el 7% de la población anciana y representa un 5% de los años vividos con una discapacidad, afirma la (OMS 2017).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, cabe mencionar la importancia de atención clínica en la tercera edad, ya que es una etapa vital en la cual es frecuente que se presenten síntomas de este trastorno mental y que estos se ignoren lo que permita que no se de una atención adecuada, dando como resultado otros problemas tanto a nivel físico, psicológico y social.

1.2.3 Cambios sociales

García y Olmos (2009) sostienen que

En el ámbito social, las personas de la tercera edad cambian sus roles debido a que las personas de su entorno les restan responsabilidades y funciones, así como la iniciativa para la toma de decisiones; en otro orden, la economía en varios casos es impuesta por la familia, el exceso de tiempo libre los obliga a reorganizar su vida cotidiana, pueden elegir la búsqueda de grupos de iguales en distintos ámbitos, como la iglesia o la comunidad. (p.23)

De lo anteriormente citado, se puede definir que los cambios que se viven durante la etapa del envejecimiento se encuentran los cambios sociales, los cuales se refieren a como las personas de la tercera edad se relacionan con las demás, de igual manera, es importante mencionar que entre los cambios sociales que se presentan, está el que se refiere al cambio de rol que se produce en el anciano tanto en forma individual o en la comunidad.

Otro aspecto importante por considerar es la jubilación y la pérdida de las relaciones sociales disminuidas al dejar el ambiente laboral. Además, existen los estereotipos sociales en lo que puede

ser considerado el adulto mayor como improductivo. De acuerdo con García y Olmos (2009) aseguran, que en la actualidad se forman grupos paralelos integrados sólo por ancianos, lo que conduce a un gran distanciamiento intergeneracional.

1.3 La familia del paciente de la tercera edad

Según Pérez y Chacach (2014), aseguran que la familia cumple una función social, como encargada de transmitir los valores éticos, culturales y del desarrollo psicosocial de los miembros del núcleo familiar. De igual manera, este sistema es el que brinda los aportes afectivos para el desarrollo y bienestar de sus miembros y tiene un rol determinante en la educación ya que es en el seno del hogar donde se fomentan los valores tanto éticos y humanísticos.

Asimismo, es una red de apoyo social, en el cual el vínculo del parentesco es donde se acrecienta la importancia del envejecimiento de los integrantes, incrementando el valor del espacio dentro del hogar del adulto de la tercera edad, haciéndole sentir que es insustituible, así como abordando la problemática de la etapa de la vejez dentro de la estructura familiar, de igual manera lograr fomentar las relaciones entre los componentes del sistema familiar y lograr la solidaridad intergeneracional como un factor para el análisis de la calidad de vida que corresponde al adulto de la tercera edad.

El bienestar físico, psíquico en la vejez se encontrará asociado a la interacción con la familia, lo que le proporcionará al adulto de la tercera edad, una mayor seguridad emocional, evitando que manifieste trastornos psicopatológicos de la institucionalización, abandono, confusión, negligencia, dosificación de medicamentos en forma inadecuada y carencia afectiva.

Los adultos mayores sufren de abandono, según refiere Baiza (2015), la globalización que se encuentran en la actualidad, las familias han llegado a provocar que no se tenga la disponibilidad

de tiempo para actividades, llegando a descuidar a los adultos mayores. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala, que el abandono al adulto de la tercera edad implica descuido u omisión de realizar determinadas atenciones o incluso al desamparo. Para que una persona sea considerada en situación de abandono, debe presentar las siguientes características:

Además, Torralba (2004) afirma:

Para que un adulto mayor, sea considerado en situación de abandono, debe presentar las siguientes características: Ser mayor de 60 años de edad y carecer de medios para su manutención. Estar privado de alimentos, no disponer de vivienda propia. Ser objeto de malos tratos físicos o mentales por parte de familiares o de cualquier otra persona. No contar con recursos económicos para sobrevivir. (Torralba, 2004) (Baiza, 2015, p. 30)

La economía en Guatemala, es un aspecto que afecta la vida familiar, llegando a perjudicar al adulto de la tercera edad, debido a que por su avanzada edad no puede generar ningún ingreso económico a la familia. En la actualidad los adultos mayores son abandonados por la sociedad, en algunos casos los ancianos se convierten en personas indigentes, recogen basura o desperdicios, cargan bultos en los mercados, ya que por la edad avanzada es difícil que tengan oportunidad de empleo, ya que el empleador tiene la idea que son personas inútiles e incapaces de poder desempeñar un trabajo con responsabilidad, por lo que en la etapa de la vejez tienen la esperanza de ser beneficiados con los servicios públicos que el Estado puede brindarles.

Refieren Belart y Ferrer (2009), al llegar a la etapa del ciclo vital del adulto de la tercera edad difícilmente cambian las relaciones entre padres e hijos, en algunos casos la tensión que se tenía cuando el padre era joven ha desaparecido porque las personas mayores se vuelven débiles y dependientes, llegando el momento en que el anciano no puede vivir sólo, por lo que los roles familiares tienden a modificarse, es decir, los que fueron cuidados se convierten en cuidadores,

lo que para el adulto de la tercera edad este desvalimiento no lo quiere reconocer, por lo que lo considera una imposición y por lo tanto, prefieren continuar viviendo solos.

Esta situación ha hecho que en las últimas décadas el cambio de la sociedad en general, se ha visto en la necesidad de crear residencias para personas mayores en las cuales se ocupen de cubrir sus necesidades. La familia, es un sistema vivo que ha ido evolucionando a través de los siglos, llegándosele a considerar como la unidad más pequeña de la sociedad en la cual se transmite la cultura, tradiciones y costumbres de un pueblo que se perpetúan por medio de la familia.

Frente a la variedad de cambios y transformaciones que ocurren, se necesita que exista en el núcleo familiar flexibilidad y capacidad de adaptación, así como estabilidad y es cuando en las familias se aceptan los cambios y se está consciente de que éstos son inevitables y se asumen de una mejor manera. Por tanto, Belart y Ferrer (2009) refuerzan lo que Virginia Satir (2006), terapeuta familiar, afirmaba: Los padres funcionan como los arquitectos de la familia, porque preparan los cimientos en los cuales la estructura familiar se asienta.

Los progenitores que a lo largo de su vida no lograron establecer una buena relación con sus hijos, no logran encontrar la distancia adecuada, lo que hace que vivan situaciones desagradables o difíciles cuando llega el ciclo de ser abuelos. El ideal es que las generaciones logren una relación de igualdad entre sí, en la que se respete, los espacios y la independencia de cada uno de los miembros de la familia. En las familias funcionales los abuelos brindan ayuda y colaboración.

Según refieren Paladines y Quinde (2010), una familia es funcional cuando enfrenta y supera cada una de las diferentes etapas del ciclo vital y cualquier problema que se le presente a los miembros. Asimismo, cada uno de los integrantes del sistema familiar cumplen con sus responsabilidades, la familia funcional es aquella en la cual existe un equilibrio que permite la unión familiar a pesar de las diferentes crisis que se presenten, permitiéndoles resolverlas para lograr un desarrollo de la familia. La principal característica de una familia funcional es en la cual se promueve el desarrollo integral para todos sus miembros siendo imprescindible que existan jerarquías claras, roles claros y definidos, una comunicación clara y abierta, la capacidad de adaptación a cualquier cambio.

A diferencia de las familias funcionales, los sistemas de familias disfuncionales son aquellos en los cuales hay incapacidad para reconocer cuáles son las necesidades básicas que presentan sus miembros, no se respeta la distancia generacional, ni las jerarquías, la interacción familiar es deficiente y no existe el desarrollo psicosocial, existe dificultad para la resolución de problemas, no se respeta la individualidad ni el espacio de los miembros que conforman el sistema, no existe la comunicación; cada integrante del clan vela por sus propios intereses.

Además de tener dificultades para adaptarse al cambio de las diferentes etapas del ciclo vital, una de las principales características de las familias disfuncionales, es que los límites y reglas son rígidos, llegando a presentar problemas para el cumplimiento de sus roles y la existencia de una lucha constante entre todos.

De lo anteriormente expuesto, se puede concluir que dado el sistema familiar de la actualidad y por los diferentes cambios que se producen durante la etapa de la tercera edad, la tendencia del cuidado del adulto en el entorno familiar tradicional se ha visto cambiado considerablemente por la incorporación de la mujer al mercado laboral y por el progresivo envejecimiento de la población, lo que ha producido un rechazo hacia el adulto mayor, esta realidad ha provocado que las familias opten por la institucionalización como una medida inevitable para el adulto mayor considerando que sus necesidades serán cubiertas en su totalidad.

1.4 Centros de cuidado

De acuerdo con López (2012), un alojamiento idóneo y a la vez un ambiente agradable es requeridos para el bienestar de las personas, en especial el adulto mayor. La vivienda contribuye sobre la calidad de vida del anciano, debido a que dentro del hogar se desarrollan múltiples actividades de las cuales el adulto mayor tiene participación. En este sentido, la vivienda destinada a esta población es más que un albergue, ya que guarda un significado psicológico y social a considerar. Existen varios tipos de residencias para ancianos entre ellos:

- Residencias ordinarias no planificadas: Corresponden a las que la mayoría de los ancianos viven, su propia casa.
- Adaptación de la vivienda: Se refiere a aquellas casas a las que se le realizan mejoras o modificaciones, para que cubran las principales necesidades de sus habitantes conforme envejecen.
- La casa congregacional: Son viviendas planificadas para ofrecer un paquete de servicio de apoyo, en el que se incluye alimentación en un comedor común.

Además, López (2012) señala

Existen varios tipos de residencia para ancianos entre ellos: Residencias ordinarias no planificadas, es decir, su propia casa. Otra, es la casa congregacional, la cual ofrece alimentación en un comedor común. También, están las comunidades de cuidado continuo, las cuales constan de un equipo de enfermeras. Están, además, los hogares residenciales de cuidado continuo, que permiten la estancia del adulto mayor de modo temporal. Los asilos, donde el adulto mayor manifiesta un nivel de limitación entre moderado y severo. Otro, compartir una casa, en la que comparten las instalaciones etc., y la comunidad de retiro entre otros, los cuales brindan programas ocupacionales y de recreación. (p. 43)

La anterior descripción, permite determinar que un hogar o asilo para las personas de la tercera edad debe cubrir las necesidades físicas y psicológicas de forma integral, implementándose además actividades físicas, de convivencia y ocupacionales especialmente en espacios de interacción social.

Depresión

2.1 Antecedentes históricos

Zarragoitia (2011) refiere, que la depresión ha existido desde el desarrollo de la humanidad y en la antigüedad se le conocía con el nombre de melancolía y sus síntomas eran descritos en los registros literarios y médicos. La palabra melancolía nació como un término médico como resultado de la doctrina humorista, no fue sino en el siglo XVI que la melancolía fue aceptada como una enfermedad mental y definida como una afección en la parte media de la cabeza, la cual afectaba la razón. Además, se le consideraba como un padecimiento que domina el alma y proviene del miedo, la tristeza y que afecta la razón.

Kahlbaum (1863) acuñó y empezó a utilizar el término distimia, y continuó hablando de melancolía y en una de sus clasificaciones nosológicas empleó el término locura depresiva. El Psiquiatra Kraepelin, (1899) habló también de la melancolía y en sus clasificaciones nosológicas empleó el término locura depresiva sin separar el término melancolía para designar enfermedades y guardó el término de depresión para la demencia precoz. Conforme avanza el tiempo en la historia, los conceptos y términos utilizados para referirse a la melancolía o depresión eran más específicos.

Por otro lado, Meyer propuso eliminar el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión. Por lo que redundaron al nombrar a la depresión con melancolía, cuando los síntomas eran graves como para nominarlos solamente como depresión. Freud (1911), publicó su trabajo Duelo y Melancolía en el cual se aclara la diferencia entre la enfermedad y el proceso de duelo y en el cual la depresión es un proceso normal por la pérdida de un ser querido, siempre y cuando se logre resolver en un período entre 6 y 12 meses y que no deje de ser funcional la persona.

Al transcurrir algún tiempo, se dio origen a otras formas clínicas de nombrar a la depresión como neurosis depresiva, y fue a partir del DSM-III (1981), que se le cambió de nombre a Trastorno Distímico y Trastorno Depresivo Mayor. La depresión es un trastorno emocional que afecta los

pensamientos y el comportamiento de una persona y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales como lo define, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales DSM-5 (2014)

La Asociación Americana Psiquiátrica DSM-5 (2014), define:

El rasgo común de todos los trastornos depresivos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología. (p. 155).

El trastorno depresivo, es considerado en el ámbito de la salud mental, como la aparición de un conjunto de síntomas que pueden manifestarse como consecuencia de la aparición de varios estresores psicosociales, existiendo varias teorías que explican el desarrollo del trastorno en mención, tales como sentimientos negativos de tristeza y que se producen algunas veces a lo largo de la vida y se encuentran ligados a pensamientos o recuerdos que los desencadenan, llegándose a resolver cuando la problemática desaparece o mejora y esto no es indicativo de un trastorno depresivo mayor, ya que hay días en que se pueden tener momentos o períodos de emociones positivas y mal humor, no estando acompañados de sentimientos de inutilidad y de vacío.

Caballero (2014) refiere, que hay varios planteamientos tanto científicos como filosóficos que tratan de explicar el trastorno depresivo haciendo referencia a que este trastorno tiene su origen en los desórdenes químicos del cerebro, los procesos cognitivos y las interacciones familiares, por lo que hace referencia, al Psiquiatra Aaron Beck, quien indica que es un estado de ánimo más bajo de lo habitual, es un trastorno psicológico que supone importantes cambios en la manera de pensar, sentir y de comportarse. La aportación de Beck destaca en una triada cognitiva que consiste en tres patrones cognitivos en el paciente con trastorno depresivo, es decir es una visión negativa de sí mismo, de las experiencias actuales y del futuro.

Existen diferentes definiciones de depresión en la actualidad, pero todas coinciden en que un trastorno de depresión está catalogado como una enfermedad que afecta al ser humano llegando a alterar su aspecto psicológico, físico y social, por lo que está reconocido como un problema de salud mental.

Vásquez, Otero, Blanco y Torres (2015), señalan:

La depresión como un trastorno que se caracteriza por la presencia de manifestaciones conductuales, cognitivas, emocionales, motivacionales y somáticas. En el área conductual aparecen llanto, lentitud, inhibición dificultad para comunicarse, conductas evitativas en las actividades sociales, falta de autocuidado y aseo personal. En el área cognitiva, se presentan dificultades para la concentración, problemas de memoria, dificultad para la toma de decisiones, pensamientos negativos e ideas suicidas, etc. En el área emocional aparecen tristeza, desamparo, culpa, frustración y minusvalía personal. Dentro del área motivacional, se presenta la anhedonia, apatía o indiferencia, desinterés y falta de voluntad. En el área somática se mencionan los trastornos de sueño, alteraciones con el apetito, peso, molestias físicas como las cefaleas, estreñimiento, resequedad en la boca etc. (p. 12)

Para realizar un diagnóstico, los criterios más utilizados tanto en clínica como en la investigación son los que están debidamente enlistados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana DSM-5 (2014), el diagnóstico de un episodio depresivo de un trastorno depresivo mayor, se establece con la presencia de un número determinado de síntomas citados.

En el área de psicología al igual que en medicina, los diagnósticos se establecen a partir de los signos y síntomas que refiere el paciente, considerándose síntoma a todo dato que el paciente refiere y que no puede ser observado por el profesional, son descripciones subjetivas que realiza la persona en la clínica y los signos son todo lo que el psicoterapeuta puede observar directamente, que no

necesita que sea relatado, es decir son todos los hallazgos objetivos que observa el profesional. El diagnóstico en psicología y psiquiatría son considerados de gran utilidad para poder proporcionar el tratamiento adecuado para el trastorno mental que padece el paciente.

Asimismo, el DSM-5 (2014) refiere, la existencia de varios fines positivos para la realización para la realización de un diagnóstico, siendo la realización de un plan terapéutico de acuerdo a la problemática presentada por el paciente, ya que antes de realizar un abordaje es necesario contar con un diagnóstico y evaluar la funcionalidad y gravedad del paciente, identificando los riesgos y pronóstico, ya que al contar con un diagnóstico claro, brinda la oportunidad de una derivación cuando sea necesaria o lo requiera el cuadro clínico del individuo.

Al contar con diagnósticos universalmente aprobados como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2014), se puede establecer con mayor certeza el diagnóstico de un trastorno determinado, ya que se cuenta con un código común unificado que permite igualar los criterios diagnósticos, ya que en este sistema clasificatorio se presenta un sistema útil y sencillo de usar, además de práctico que permite diagnosticar los trastornos mentales y la problemática del ser humano.

2.2 Criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor

El trastorno depresivo mayor, tiene como característica principal la presencia de tristeza y estado de ánimo bajo, así como otros síntomas que han sido mencionados anteriormente y que afectan a la persona que lo padece con un trastorno patológico que le produce sufrimiento. La Asociación Psiquiátrica Americana (2014), describe cuales son los cinco o más síntomas que han estado presentes durante un tiempo determinado y representan cambios en el funcionamiento habiendo tenido que estar presente uno de los síntomas del estado de ánimo deprimido y pérdida del placer.

La Asociación Psiquiátrica Americana (2014) describe los síntomas correspondientes al trastorno de depresión mayor

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo, esto ocurre cuando una persona presenta un estado emocional o de ánimo distorsionado todos los días o casi todos, es decir se siente o lo observan otras personas de su entorno triste, vacío sin esperanza, de igual manera puede presentar disminución del interés o placer por todas las cosas o las actividades casi todos los días o parte del día. Igualmente puede presentar pérdida de peso de más del 5% del peso corporal sin hacer dieta, en el término de un mes, por falta de apetito. Presentar insomnio o hipersomnia casi todos los días, lo que puede provocar deterioro social y laboral. De igual manera puede presentar agitación, enlentecimiento que se ve reflejado en apatía hacia las cosas o poco interés por las actividades diarias, acompañado de fatiga o pérdida de energía casi todos los días. En el trastorno de depresión mayor puede manifestarse sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva, otro síntoma es la disminución de la capacidad de concentración presentándose como una persona distraída lo que puede provocar bajo rendimiento escolar o laboral. Asimismo, puede presentar pensamientos recurrentes de muerte o una tentativa para llegar al suicidio. Las ideas suicidas, planes o intentos refieren que el caso es grave. Los síntomas del trastorno depresivo mayor pueden llegar a provocar deterioro social, laboral, escolar, o de relación de pareja. Las manifestaciones señaladas no pueden estar influenciadas por los efectos de sustancias o medicamentos o por una enfermedad médica que afecte las emociones. (p. 160)

En el trastorno de depresión mayor según la Asociación Psiquiátrica Americana (2014), la gravedad de este trastorno se basa en el número de síntomas del criterio, así como el grado de disfuncionalidad que presenta el paciente. Para considerar la presencia de un episodio de depresión mayor deben estar presentes los siguientes criterios: Estado de ánimo deprimido, pérdida de interés

o de placer, el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a una afección médica.

El trastorno depresivo mayor, según Salvo (2015) es un término que se utiliza para determinar o diagnosticar un síndrome o enfermedad que está bien definida, cuando un individuo se queja de sentirse desesperado, abatido y que ninguna actividad le causa placer, el concepto depresivo es utilizado para denominar un estado subjetivo. El término de depresión es utilizado cuando hay alteraciones en las emociones, cogniciones y conducta y que no representa un trastorno psiquiátrico determinado. El conjunto de los síntomas y signos es considerado como una psicopatología que varía en la intensidad que presenta el paciente desde leve a severa.

La depresión se puede catalogar como un padecimiento clínico específico, cuando cumplen con los criterios diagnósticos de inicio, curso, duración y resultados. El trastorno depresivo mayor está caracterizado por un episodio único, cuando la persona presenta dos o más episodios depresivos mayores se le denominan trastorno depresivo mayor recurrente. Asimismo, de acuerdo a la gravedad y psicosis del episodio actual o el más reciente, el trastorno se puede clasificar:

Tabla No. 1
Clasificación del trastorno depresivo mayor

Leve	Para poder diagnosticar que el trastorno es leve, es en el caso que el paciente presenta síntomas que le provocan una ligera incapacidad laboral o en sus actividades de la vida diaria.
Moderado	Esta clasificación se diagnostica cuando el paciente por los síntomas que presenta le ocasiona una incapacidad funcional leve y grave.
Grave sin síntomas psicóticos	Es cuando el episodio está conformado por varios síntomas. Además, para poder hacer el diagnóstico y que los síntomas interfieran en forma considerable en las actividades tanto laborales o sociales de una persona en forma habitual o con la relación interpersonal.

Grave con síntomas psicóticos	Este episodio además de los síntomas para realizar el diagnóstico se caracteriza por la presencia de ideas delirantes o alucinaciones que pueden ser congruentes o no con el estado de ánimo.
-------------------------------	---

Fuente: elaboración propia con base a datos de Salvo, L. (2015)

2.3 Tipos de depresión

Los trastornos depresivos, son desequilibrios que puede presentar una persona a lo largo de la vida en la salud mental, tomando en cuenta para su clasificación, el tiempo que duran los episodios, llegando a afectar su capacidad para relacionarse con otras personas, trabajar o afrontar la vida cotidiana. Asimismo, se considera que los tipos de depresión son un trastorno psicológico, que afecta las áreas afectivas, cognitivas y conductuales, pudiendo afectar a las personas de todas las edades, aunque se considera que la población de la tercera edad y las mujeres son el grupo con mayor vulnerabilidad.

Los trastornos afectivos están caracterizados por varios síntomas entre los cuales se encuentran la tristeza, llanto, decaimiento, ideas suicidas, desilusión, fatiga, incapacidad para tomar decisiones y para disfrutar de las actividades de la vida diaria, se presenta una disminución de la vitalidad y suele aparecer sentimientos de culpa, así como una visión negativa del futuro. En los trastornos depresivos mayores existen diferentes tipos y se diferencia por la duración, gravedad y evolución.

La Asociación Psiquiátrica Americana (2014) define, los tipos de depresión de la siguiente forma: “Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno inducido por sustancia o medicamento, trastorno depresivo debido a otra afección médica, trastorno depresivo especificado y trastorno depresivo no especificado” (p. 155)

Un trastorno depresivo puede manifestarse a cualquier edad, siendo más frecuente que se observe cuando se presenta algún cambio de vida en las personas, por lo que Da Silva (2017) refiere, que

la población del adulto mayor presenta con frecuencia problemas sociales, familiares y emocionales que se pueden originar por el profundo sentimiento de inutilidad en todos los ámbitos de la vida.

Esta inutilidad se ve reflejada en la tristeza y que con el pasar de los días se puede transformar en una alteración de la regulación emocional. Las personas de la tercera edad presentan síntomas de estrés, ansiedad y depresión, siendo un factor adverso en el envejecimiento porque puede generar trastornos de orden somático, lo que lleva a dar origen a problemas en todas las áreas de la vida del anciano.

2.3.1 Depresión en el adulto de la tercera edad

El envejecimiento es la fase del ciclo vital, en la cual un adulto de la tercera edad puede llegar a presentar sentimientos de inutilidad, que conlleva a sentir tristeza, falta de placer para realizar las actividades de la vida diaria, incapacidad para la toma de decisiones, y todos estos síntomas pueden convertirse en un problema de regulación emocional que de origen a un trastorno depresivo mayor en la etapa de la vejez. De igual manera la depresión en el adulto mayor puede aumentar el grado de invalidez, el índice de mortalidad, así como el riesgo de suicidio.

Mancilla y Ramírez (2017), refieren que la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las personas comprendidas entre los 60 y 74 años son consideradas de edad avanzada y que las de 75 a 90 años se les considera viejas o ancianas y aquellos adultos que sobrepasan los 90 años de edad son denominados grandes viejos o grandes longevos. Aclarando que, a las personas mayores de 60 años de edad, se les llamará personas de la tercera edad. Este segmento de la población ha aumentado a nivel mundial, se puede observar que debido a los avances en las ciencias médicas los individuos de la tercera edad se han convertido en un grupo de personas de gran importancia, y que son un segmento de la población que es vulnerable a presentar un trastorno depresivo.

Asimismo, el adulto mayor se encuentra atravesando una etapa de avanzada evolución y desarrollo personal por lo que se debería de tratar con atención y cuidado, pero con frecuencia estos adultos

son marginados y abandonados. En la actualidad, es difícil establecer cuando da inicio la tercera edad ya que es cuestión de aptitud y actitud más que de ubicación cronológica en donde se presentan cambios tanto biológicos, psicológicos y sociales.

Un factor que permite denominar cuando inicia la tercera edad, es el período en el cual se presenta la jubilación, ya que es el momento en el cual un adulto se siente improductivo a nivel social por lo que está fuera de competencia y pierde la estima social. Mancilla y Ramírez afirman.

En las personas de la tercera edad, hay un período en que la vida se ve alterada, por lo que refiere Monterroso (2012), que los adultos mayores llegan a una etapa de la vida que representa para ellos el final, consistiendo en contemplar su vida en conjunto y con coherencia, siendo necesario que acepten como han vivido y que piensen que lo han hecho lo mejor que han podido de acuerdo a las situaciones que se les han presentado y con las herramientas con que contaron, tomando en consideración que si tienen éxito en esta tarea habrán desarrollado la integridad del ego.

El cambio a la tercera edad no es el fin a la generatividad de un individuo, ya que Erickson contempla la tercera edad como una etapa en la cual se puede ser productivo y creativo, en la etapa final de integridad vs desesperación, se considera que las personas mayores se enfrentan a la necesidad de aceptar todo lo que han vivido y la proximidad de la muerte.

Una persona que se encuentre en el período de la vejez significa que ha desarrollado la fuerza que le produce la sabiduría, siendo esta característica la que les permite aceptar cada una de las limitaciones que día a día se va enfrentando y al mismo tiempo la aceptación de los cambios o cuándo debe oponerse al mismo. Las personas que no consiguen aceptar cada una de las etapas, son aquellas que se sienten desesperanzadas porque no encuentran como cambiar aquello con lo que no están de acuerdo, siendo la edad adulta tardía una época para rescatar cualidades para la creatividad, la procreación ha pasado, las personas en esta etapa de la vida pueden disfrutar una experiencia corporal y mental que ha sido enriquecida por los años que han transcurrido.

De igual manera Erickson (1997) expone que con el paso de la geriatría y la gerontología se ha hecho necesario que los colegios de médicos creen protocolos claros sobre la aplicación de estas

especialidades, ya que es importante el conocimiento de los problemas que perjudican a las personas de la tercera edad durante esta etapa.

Entre la problemática que presentan las personas adultas mayores de (60) años, Monterroso (2012) refiere, que el deterioro cognitivo hace referencia a la disminución del rendimiento de al menos una de las capacidades mentales e intelectuales tales como la memoria, orientación, lenguaje, capacidad de juicio, habilidades espaciales, abstractas y la habilidad para el pensamiento abstracto y de razonamiento.

Asimismo, se pueden presentar problemas conductuales debido al deterioro en la tercera edad, se comienza a evidenciar con problemas para relacionarse con otras personas, incluso no tienen las habilidades para iniciar una conversación con personas que conocen o pertenecen a su propia familia. El adulto mayor tendrá la tendencia a aislarse, a permanecer en silencio o ausente aún se encuentre en una reunión social. Asimismo, los problemas conductuales están relacionados con los cambios repentinos de humor presentando una actitud negativa y pesimista.

Además, este segmento de la población puede presentar trastornos como la depresión que se considera uno de los males que debe ser atendido de manera sistemática en la población anciana, ya que este trastorno se puede llegar a pasar por alto en la atención primaria, siendo esta problemática la causante de grandes sufrimientos, pudiendo ser motivo de infarto y por consiguiente ser índice de muerte.

Es necesario tomar en cuenta las funciones motoras en una persona anciana, debido a que es una herramienta que puede dar señales para un diagnóstico, ya que el deterioro en la velocidad de desplazamiento y las reacciones de un paciente puede ser una señal de que el individuo está teniendo un deterioro general. De igual manera las personas en esta etapa de la vida cambian sus hábitos alimenticios, llegando a afectar el estado de salud, por la baja ingesta que tiene una persona en este ciclo de la vida, pudiendo llegar a presentarse episodios de anorexia, por lo que hay personas ancianas que han sido prescritas con alguna hormona para restaurar el apetito.

2.4 Causas de la depresión en el adulto de la tercera edad

Silva y Vivar (2015) hacen referencia, a las causas de la depresión en adultos de la tercera edad y señalan que se debe a varios factores entre los que se encuentran los factores biológicos, ya que en la vejez puede sentirse deprimido, lo que puede hacerlo susceptible para contraer enfermedades ya que la patología de la depresión ocasiona cambios neurobiológicos, hormonales e inmunológicos. Asimismo, otra causa son los factores psicológicos, los cuales pueden originar pérdidas inherentes a la vejez tales como el deterioro de la salud o de personas significativas, siendo mayor la vulnerabilidad para las personas que se encuentran institucionalizadas en centros geriátricos.

Otro de los factores son los sociales, ya que las causas asociadas a la depresión son varias, pero según estudios realizados indican que, en las personas de la tercera edad, la influencia de los factores biosociales en un trastorno depresivo ha sido un factor precipitante. Asimismo, los acontecimientos vitales y la falta de incorporación a la vida social, así como la pérdida del apoyo familiar son factores coadyuvantes para el origen de un trastorno depresivo.

Por otro lado, Ramírez, Bedoya, Correa y Villada (2017) refieren, que existe coincidencia familiar en la depresión, con episodios depresivos recurrentes en inicio temprano, contrariamente se ha encontrado trastornos depresivos en un tercio de la población después de los 60 años de edad, que la padecen por primera vez, denominándosele depresión tardía. En lo que respecta al nivel neurobiológico, los pacientes con trastorno depresivo presentan deterioro funcional del estado anímico y pueden presentar aumento en la actividad de las regiones cerebrales relacionados con la expresión de emociones, así como una disminución de las funciones cognitivas.

Los problemas que presenta un paciente con un trastorno mental, dependen en gran parte de las características de cada persona, pero se ha observado que los individuos con trastorno depresivo tardío, tienen una personalidad más fuerte que los que padecen un trastorno de depresión recurrente precoz. El estado físico, es un elemento relacionado con el trastorno depresivo como causa y condición comórbida que agudiza los resultados en la salud y es más frecuente en los adultos mayores con enfermedades, que en la población sana.

Navas (2013) refiere:

Las causas o factores de riesgo para la aparición del trastorno de depresión en la edad geriátrica pueden ser neuroquímicos, genéticos o psicosociales, siendo los mismos que pueden presentarse en otros grupos de edad, pero son los factores precipitantes los más relevantes. Los factores de riesgo del trastorno depresivo se determinan de la siguiente manera: Factores predisponentes, son los que se manifiestan por una personalidad dependiente, pasiva, agresiva u obsesiva o por falta de capacidad de afrontamiento ante situaciones adversas y predisposición biológica (genética). Otro factor de riesgo, son los contribuyentes que hacen referencia a la situación económica, la red de apoyo familiar, recreación, actividades laborales, pertenecer a un determinado grupo étnico, comorbilidad orgánica y mental y la institucionalización. Por último, los factores precipitantes, son los que se producen por el síndrome de abandono, desesperanza, crisis de edad, aislamiento, etapa de duelo, pobreza extrema, disfuncionalidad, dependencia, pérdidas motoras y los síntomas agudos de enfermedades crónicas. (p. 497)

2.5 Diagnóstico diferencial

La evaluación diagnóstica para el trastorno depresivo mayor del adulto de la tercera edad está basada en la entrevista con el paciente, la historia clínica la cual debe estar orientada a conocer los síntomas ya señalados anteriormente, el inicio de la enfermedad, los factores precipitantes o desencadenantes para un trastorno de depresión, de igual manera la existencia de antecedentes personales, entorno social del paciente. Asimismo, es importante valorar el estado cognoscitivo, conductual, la actividad psicomotora, la capacidad perceptiva.

Existen varios instrumentos de evaluación para el trastorno mental en el adulto mayor que pueden facilitar la identificación del padecimiento del trastorno depresivo, siendo de gran utilidad en clínica, sin que estos test puedan sustituir el diagnóstico clínico. Una de las escalas más utilizadas en la actualidad para la población de la tercera edad es la escala de depresión geriátrica de Yesavage, el cual es un test autoaplicable de 15 preguntas con respuestas dicotómicas (si/no) diseñada para la población anciana.

El diagnóstico diferencial según la Asociación Psiquiátrica Americana (2014) define:

Trastorno del humor debido a otra afección médica. El diagnóstico apropiado es un episodio depresivo mayor y se debería basar en la historia personal, examen físico, pruebas de laboratorio, si no se considera que el trastorno del ánimo es consecuencia de una afección médica específica.

Trastorno de adaptación con ánimo deprimido. El episodio depresivo mayor que ocurre en respuesta a un factor estresante psicosocial se distingue del trastorno de adaptación ánimo deprimido por los criterios diagnósticos completos del episodio depresivo mayor no se cumplen en el trastorno de adaptación.

Tristeza: Los períodos de tristeza son aspectos inherentes de la experiencia humana, por lo que no se puede diagnosticar como un episodio depresivo mayor, a menos que se cumplan los criterios diagnósticos y la duración, así como que exista malestar o deterioro clínicamente significativo. El diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado puede ser apropiado para las presentaciones del ánimo deprimido con deterioro clínicamente significativo que no cumplan los criterios de duración y gravedad. (p.168)

2.6 Desarrollo y curso del trastorno depresivo mayor

El desarrollo de la depresión tiene mayor incidencia en personas entre 18 y 29 años de edad, aunque no es improbable que dé inicio por primera vez en la etapa del adulto de la tercera edad. Los trastornos depresivos que dan inicio en la pubertad tienen origen en la familia y un trastorno depresivo mayor no cambia con la edad, aunque en la etapa del envejecimiento pueden surgir trastornos de tipo psicológico, tales como el trastorno del estado ánimo ya que en esa etapa del adulto, el anciano presenta cambios a nivel cerebral lo que le hace vulnerable para padecer un trastorno depresivo.

La Asociación Psiquiátrica Americana (2014) define los tipos de depresión de la siguiente forma:

El curso del trastorno depresivo puede aparecer por primera vez a cualquier edad, pero la probabilidad de que se inicie se incrementa notablemente en la pubertad. En cuanto a los síntomas melancólicos, en particular las alteraciones psicomotoras son más frecuentes en los sujetos mayores. (p. 166).

Continúa indicando La Asociación Psiquiátrica Americana (2014)

El trastorno depresivo mayor es el trastorno clásico del grupo, que se caracteriza por episodios con una duración de dos semanas, aunque estos sucesos tienen una duración de mucho mayor tiempo, los cuales llegan a tener repercusiones en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, existiendo en algunos casos remisiones interepisódicas. El diagnóstico puede basarse con la aparición de un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos es recurrente. (p. 155).

Se considera que una persona puede presentar estados de tristeza por un largo período de tiempo y puede catalogarse como normal si se presenta en la etapa de la tercera edad, ya que hay algunos

casos que las personas se encuentran deprimidas, se sienten fatigadas o están padeciendo de insomnio, irritabilidad, y esto no es indicador del padecimiento de un trastorno mental, sino que va a depender de la duración del episodio (dos semanas) para poder ser diagnosticado como un trastorno de depresión.

Asimismo, se presentan algunos casos en los cuales el individuo tiene un período de sufrimiento por pérdidas significativas como lo es el fallecimiento de un ser querido, esta situación en algunos casos se puede llegar a confundir con un trastorno de depresión mayor, cuando es una reacción normal de las diferentes etapas del duelo y no requiere de tratamiento, sin embargo, cuando el tiempo sobrepasa al tiempo establecido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, tendrá el individuo que acudir a un profesional de salud mental.

2.7 Factores asociados a la depresión en el adulto de la tercera edad

En la tercera edad se presentan varios factores que, sumados al estilo de vida, son causas que determinan la salud mental de una persona en cualquier etapa de la vida. El trastorno de depresión en el adulto mayor está asociados a situaciones que le provocan tensión entre los cuales están los diferentes duelos ante pérdidas significativas, inseguridad económica, dependencia de parientes, la aparición de discapacidades, así como la aparición de pensamientos de que se encuentra al final de la vida y siendo ellos personas que se encuentran vulnerables por las dificultades específicas relacionadas con el proceso del envejecimiento, pueden llegar a manifestar síntomas de depresión.

Los factores sociales están asociados a la manifestación de depresión en el adulto mayor, ya que los acontecimientos que se presentan en la etapa del final de la vida, sumados a la falta de redes de apoyo, aislamiento y abandono social están ligados a la incidencia de la depresión en la vejez. De igual manera otros factores que se relacionan con este trastorno son aquellos que involucran la vulnerabilidad entre los cuales se pueden citar la pobreza, la inequidad, desempleo, enfermedades crónicas, discapacidades, adversidades psicosociales, así como el duelo ante cualquier pérdida.

La institucionalización, es el factor con mayor relevancia en la aparición del trastorno depresivo en el adulto mayor, ya que está asociado al aislamiento y al abandono del adulto mayor por los miembros de la familia.

Refieren Ramírez, Bedoya, Correa y Villada (2017), que en el trastorno depresivo están implicados varios factores biológicos, psicológicos, socioculturales, familiares, económicos y ambientales, así como el estilo de vida del adulto mayor, siendo estos determinantes para la salud mental de un individuo en cualquier etapa de su vida, teniendo el trastorno depresivo características relacionadas con el aislamiento, la pérdida de seres queridos y amigos, problemas económicos, dependencia de familiares, enfermedades crónicas y la cercanía de la muerte.

De igual manera, en la vejez las personas son vulnerables a los problemas y dificultades que se van dando en el proceso del envejecimiento. El aspecto psicológico es determinante en el proceso físico, ya que depende de cómo se enfrenta la etapa de la vejez, lo cual es un factor para la aparición de trastornos mentales con mayor incidencia, la depresión y otras conductas desadaptativas entre las personas adultas mayores.

También, los factores sociales provocan estrés como lo es la pérdida de una relación importante, viudez, pérdida de la persona que cuida al adulto de la tercera edad, pérdida de los hijos o del rol familiar, jubilación, problemas económicos, aislamiento social, falta de redes de apoyo y abandono social, son causas para la incidencia del trastorno depresivo mayor. Siendo el entorno familiar un factor determinante para prevenir la aparición de un trastorno del estado de ánimo, ya que las personas que carecen de un círculo afectivo como red de apoyo, pueden llegar a presentar síntomas somáticos graves o riesgo de padecer un trastorno depresivo mayor.

Asimismo, es frecuente que un adulto mayor con trastorno depresivo no reciba el tratamiento adecuado, por motivo de que las poblaciones de la tercera edad con trastornos afectivos son mal diagnosticadas, lo que conlleva un riesgo mayor, siendo estas personas los que padecen este trastorno con mayor frecuencia. En pacientes con diagnóstico y tratamiento adecuado existe la posibilidad de que evolucionen favorablemente, ya que la ausencia de un acertado tratamiento

puede producir en el anciano complicaciones con trastornos de tipo metabólico o cardiovascular siendo esto un mayor riesgo para el paciente de la tercera edad.

Continuando con los factores asociados a la depresión se encuentra, que en la Revista Médica de Costa y Rica y Centroamérica LXX (2013), se indica el origen y la causa de una patología como la depresión, a través de factores neuroquímicos, genéticos y psicosociales que son los mismos para los adultos de la tercera edad como para otros segmentos de la población y los factores precipitantes para la aparición del trastorno son aún más relevantes.

Con el envejecimiento la actividad de la serotonina y la unión con los receptores 5-HT disminuye y esto es implicado a la depresión y en los hombres la deficiencia de dehidroepiandrosterona se ha asociado al trastorno depresivo y en las mujeres la disminución de testosterona se ha relacionado con la depresión y en los varones se asocia a la distimia. Las causas psicológicas para la depresión se asocian con el abandono, como un factor precipitante, al igual que los eventos adversos que se le han presentado en el curso de la vida.

2.8 Prevalencia del trastorno de depresión mayor

El trastorno depresivo mayor es un trastorno afectivo, donde la prevalencia tiene mayor incidencia en los adultos mayores y en los adolescentes, encontrándose que la población de la tercera edad por ser un grupo de personas en la cual la calidad de vida se puede disminuir y presentar discapacidades que pueden convertirse en factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno depresivo, incrementándose la prevalencia en los ancianos que viven alejados de la familia o institucionalizados.

Asimismo, la prevalencia que tiene el trastorno depresivo mayor a nivel mundial, se considera que es un problema de salud mental, con síntomas entre los cuales se encuentra la tristeza constante, llanto, pérdida de interés por realizar las actividades de la vida diaria, de igual manera se ha evidenciado que en toda la población la depresión es una enfermedad que no discrimina género, pero sin embargo el género femenino se encuentra más afectado que el masculino.

El trastorno depresivo no distingue raza, ni etnia y se puede presentar en cualquier momento de la vida, los síntomas entre adolescentes y los adultos mayores son diferentes, así como los factores precipitantes ya que en los jóvenes puede producirse por presión de grupo, por no satisfacer las expectativas de los padres, por baja autoestima, problemas alimentarios, pudiendo dar origen a un trastorno depresivo. En el grupo de jóvenes, la depresión no representa una debilidad que puedan superar con fuerza de voluntad, ya que puede tener consecuencias graves y requerir tratamiento a largo plazo.

Vázquez, Otero, Blanco y Torres (2015) refieren, que la prevalencia de la depresión es uno de los trastornos mentales que se presenta con mayor frecuencia en los países desarrollados. Esto se basa en un estudio transcultural llevada a cabo en 10 países de América, Europa y Asia, dando como resultado que en Japón la prevalencia osciló entre un 1,2% y el 10% de Estados Unidos, encontrándose que la prevalencia para el trastorno depresivo, las mujeres presentan una mayor incidencia en comparación con los hombres para desarrollar depresión en algún momento de sus vidas y esta constante se mantiene a lo largo de la vida adulta.

Asimismo, Matud, López, Betancourt y Avero (2015) refieren, que en el trastorno depresivo mayor, una de las variables que tiene más relevancia en la presencia de los síntomas depresivos en la mujer, se encuentra la baja autoestima, la falta de apoyo social, la emocionalidad como forma ineficaz de enfrentar el estrés, la intolerancia al cambio, hostilidad, la competitividad y la falta de afrontamiento para la frustración.

De igual manera, la prevalencia la define el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2014), de la siguiente manera:

La prevalencia y riesgo de padecer trastorno depresivo mayor en Estados Unidos es de un 7% siendo más frecuente el predominio entre las personas entre 18 y 29 años de edad, ya que en ellos el número de casos es tres veces mayor que en los adultos mayores y en las mujeres la tasa es de 1,5 -3 veces mayor que en los hombres, apareciendo el trastorno de depresión mayor en la etapa de la adolescencia temprana. (p. 165)

Por otra parte, varios autores refieren la prevalencia del trastorno depresivo a nivel mundial. Sotelo, Rojas, Sánchez e Irigoyen (2012) indican, que en Estados Unidos y Europa oscila entre el 6% y el 20%, incrementándose esta incidencia con la edad, reportándose que en Estados Unidos, el trastorno depresivo es el diagnosticado con mayor frecuencia en personas mayores de 60 años, observándose que el mayor índice corresponde a las personas que están hospitalizadas, entre un 25% a un 40%. La prevalencia del trastorno depresivo de la población en general oscila entre el 15 y 20% y el trastorno de depresión mayor de 1 a 5%.

Asimismo, se puede observar que la cifra de casos de suicidio tiene una mayor incidencia en los ancianos, pudiendo ser el trastorno depresivo un factor determinante para causa de suicidio u otros factores como enfermedades físicas, deterioro cognitivo, aislamiento social o pérdida de un ser querido.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012), manifiestan que la prevalencia de los trastornos mentales a nivel mundial se considera la discapacidad como factor precipitante para el trastorno depresivo. En Guatemala, la información con que se cuenta es que de cada cuatro guatemaltecos el 18% ha presentado al menos un trastorno mental a lo largo de su vida. Los datos con los que se cuentan indican que para el 2020, el trastorno depresivo será la segunda causa de discapacidad y para el 2030 será la principal responsable de la falta de alguna facultad física o mental que imposibilite el desarrollo de la actividad de una persona.

El trastorno depresivo es una de las causas de discapacidad a nivel mundial, en América Latina y el Caribe el 21%, siendo este porcentaje por trastornos neurológicos y mentales y el 45% corresponde a problemas de depresión y trastornos vinculados al consumo de alcohol.

En Guatemala, el adulto mayor al igual que en otros países a nivel mundial, manifiesta en esta época deterioro físico lo que es inevitable y la apariencia es una manifestación evidente de la edad. Además de existir áreas en las cuales los lazos familiares se han vuelto distantes y la comunicación cada vez se ha vuelto casi inexistente con los adultos de la tercera edad, por lo cual se espera que la prevalencia del trastorno depresivo en ese segmento de la población con el paso de los años se

considera con una mayor incidencia, como lo afirma la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

2.9 Consecuencias funcionales del trastorno de depresión mayor

El trastorno de depresión en el adulto de la tercera edad es una condición que genera carga mayor de enfermedad, ya que en esta población este trastorno representa un gran impacto en los ancianos, ya que los síntomas depresivos llegan a impactar la funcionalidad del individuo, quien por encontrarse en la etapa de envejecimiento no logra comprender la relación que existe entre la pérdida funcional y la depresión.

Aravena (2017) asegura, que la capacidad que el ser humano tiene para realizar y participar en las actividades de la vida diaria es un concepto conocido como funcionalidad, y es considerado como uno de los principales indicadores de la salud en la población de adultos de la tercera edad, asociándose a la calidad de vida. Asimismo, refiere que existe una relación ente los síntomas depresivos y la funcionalidad de los adultos mayores, ya que no existe una comprensión exacta de los mecanismos que generan y mantienen esta relación que afecta la funcionalidad de la persona mayor.

Tabla No. 2
Consecuencias funcionales del trastorno depresivo mayor

Dificultad en actividades básicas, asociadas a movilizarse.	Dificultad en actividades instrumentales.	Dificultades en actividades asociadas a un rol social.
<ul style="list-style-type: none"> • Caminar • Subir gradas • Desplazarse de un lugar a otro 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de medicamentos • Manejo de dinero • Cuidado de la propia salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de otros • Participación en actividades sociales • Actividad laboral

Fuente: elaboración propia con base a datos de Aravena, J. (2017)

La Asociación Psiquiátrica Americana (2014), afirma que las consecuencias funcionales del trastorno depresivo mayor provienen de síntomas individuales, pudiendo presentarse un deterioro ligero, que las personas de su entorno no perciben y que los individuos están presentando un trastorno depresivo. El deterioro puede llegar a producir una incapacidad total en la persona deprimida, a tal grado que no pueda realizar ninguna actividad para atender sus propias necesidades básicas de autocuidado, además puede presentar mutismo o estado catatónico. Los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen más dolor y enfermedades físicas, así como mayor disminución de funcionamiento en todas las áreas.

De acuerdo al DSM-5 (2014), la consecuencia funcional de los pacientes con trastorno de depresión mayor se desprende, que la funcionalidad comprende varias áreas tales como la capacidad de funcionar en el área laboral, cuidado personal, funcionalidad social, familiar y cognoscitiva. Asimismo, los síntomas de un trastorno depresivo tienen un gran impacto en el desarrollo de la capacidad física y cuando se manifiesta el padecimiento de una enfermedad crónica.

2.10 Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Se considera que la población de mujeres son más propensas que los hombres a sufrir depresión ya que las mujeres casi tienen el doble de posibilidades de tener un diagnóstico de desregulación disruptiva del estado de ánimo, por los factores que pueden estar asociados a los cambios biológicos, características hereditarias, circunstancias y experiencias del curso de la vida, así como los factores de estrés culturales que pueden ser factores precipitantes para que se presente mayor incidencia en las mujeres, aunque estos factores de estrés afectan a la población de varones porque esta población busca resolver toda su problemática con el alcohol o las drogas.

La Asociación Psiquiátrica Americana (2014) indica

Las poblaciones de mujeres presentan mayor número de casos de trastorno depresivo mayor, no encontrando diferencia entre los síntomas, curso, pronóstico, consecuencias funcionales

entre sexo. Encontrándose mayor riesgo de suicidio entre las mujeres y el suicidio consumado es en menor número. La diferencia entre pacientes con trastorno depresivo mayor no es significativa como en el resto de la población. (p. 167).

A continuación se hace referencia a lo que Zarragoitía (2013) indica, en cuanto a que existen varios factores para la presentación de un trastorno de depresión y que las características biológicas, psicológicas y sociales están relacionadas con el sexo y género, determinándose que hay una mayor incidencia en mujeres que en hombres. Existen varias hipótesis para poder explicar la diferencia de género en la depresión, las cuales se describen a continuación:

- Hipótesis biológicas: Rol de las hormonas reproductivas.
- Hipótesis psicosocial: Factores culturales y sociales que vulneran tanto a hombres como a mujeres.

Continúa refiriendo Zarragoitía (2011) en su artículo, que la Organización Mundial de la Salud OMS señala, que las mujeres son más propensas al trastorno depresivo que los hombres, indicando que 73 millones de mujeres adultas en el mundo padecen al año un episodio de depresión mayor. De igual manera los suicidios están asociados a la depresión y de cada 100 intentos que se producen de suicidio, 62 son llevados a cabo por mujeres entre la edad de 15 y 29 años; sin embargo, los suicidios que se llegan a consumir son llevados a cabo por varones. Asimismo, las características que presentan hombres y mujeres son elementos diferenciadores para el trastorno de depresión.

En las mujeres, el mayor riesgo de recurrencia y cronicidad a tener episodios depresivos se relacionan con mayor frecuencia al estrés, de igual manera el efecto estacional es más frecuente, por lo que se traduce en estado de ánimo deprimido, aumento de peso, somnolencia e hipersomnia y llega a deteriorar el funcionamiento, de igual manera los trastornos de ansiedad y alimentarios tienen mayor frecuencia en la mujer. El hombre presenta más comorbilidad al abuso de sustancias y alcohol. Así mismo, se ha podido observar que la recurrencia de la conducta suicida es en menor

número en la población de hombres, aunque ellos intentan este evento con mayor éxito, caso contrario sucede con la población femenina que lo intenta sin obtener éxito.

La mujer de la tercera edad, presenta el problema de que los profesionales de la salud pueden considerar que los síntomas que presenta de depresión son normales por la etapa de la vida en que se encuentra además, en esta población se incrementa el trastorno depresivo como consecuencia a caídas que producen fracturas que restan la actividad motora, no encontrando diferencias en la densidad ósea entre pacientes con o sin depresión.

Los hombres presentan tendencia a evadirse ante situaciones que les representa difícil solución por medio del alcohol o las drogas, caso contrario a las mujeres. En el 2007, al comienzo de la recesión en Estados Unidos, un 75% de los hombres fueron despedidos de sus lugares de trabajo y se podría considerar un elemento para la predisposición del trastorno depresivo, por encontrarse ante la pérdida de su rol principal.

Sin embargo, no se conoce el papel de la testosterona en el trastorno depresivo mayor y existe evidencia de una relación débil entre las concentraciones bajas de testosterona y síntomas de depresión en hombres. Y los trastornos relacionados al consumo de alcohol presentan una razón de masculinidad, de cada cuatro hombres, una mujer consulta por ese evento. La razón de sexo femenino más alta es por depresión, donde consultan cuatro mujeres por un hombre.

Según, el análisis de información proporcionado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2015), se puede observar que entre los trastornos más frecuentes está el trastorno de depresión y se puede evidenciar que existe diferencia en cuanto al sexo. Asimismo, se puede observar que las mujeres consultan más que los hombres, ya que estos últimos consultan por problemas relacionados por el consumo de alcohol.

Tabla No. 3
Casos consultados por trastorno depresivo de enero a septiembre 2016

Total casos consultados	
3857	
Mujeres 3018	Hombres 839
Las mujeres consultaron un 65% más que los hombres, en el 2016.	

Fuente: Elaboración propia con base a datos del Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, (2016)

Según artículo en Prensa Libre (2017), la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que al menos 322 millones de personas presentan trastorno depresivo, es decir un 18% más que en la década anterior, observándose un 15% de incremento en la población mundial. La tendencia de sufrir trastornos mentales se va incrementando en los países con problemas económicos, siendo la prevalencia mayor en la edad adulta encontrándose que el 7.5 por ciento de las mujeres entre 55 y 74 años de edad presentan síntomas de trastorno depresivo y un 5.5 por ciento de los hombres con el mismo rango de edad sufren depresión. Se puede concluir que Guatemala tiene un 3.7 por ciento de la población con trastorno depresivo.

Modelo cognitivo conductual y la tercera edad

Existen varias terapias enfocadas a mejorar la salud mental de las personas, mediante diferentes abordajes y uno de ellos es la Terapia Cognitivo Conductual, la cual se puede definir como un enfoque que le da mayor relevancia a la forma en que el paciente piensa para determinar la conducta que está manifestando, con el objetivo de que él paciente logre el cambio en el pensamiento y en la conducta mediante el uso de varias técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica para el tratamiento de problemas y trastornos que pueden afectar al individuo en la interacción con otras personas y consigo mismo, desarrollando en el paciente habilidades que favorezcan su adaptación al entorno y mejorar su calidad de vida.

3.1 Antecedentes históricos

El creador de la Terapia Cognitiva fue el Psiquiatra estadounidense, Aaron Temkin Beck, nacido en 1921, profesor emérito del departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pennsylvania, Beck es considerado como uno de los cinco psicoterapeutas con mayor influencia de todos los tiempos.

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) afirman, que en los años 60 dada la inconformidad con la que trabajaban y por la desilusión con los resultados del psicoanálisis, Ellis y Beck (1963) comenzaron a reflexionar sobre los mecanismos de cambio de sus pacientes y a cambiar la forma de intervención clínica. Asimismo, por el interés que le brindaron a la Terapia de Conducta, dio lugar al desarrollo de la Terapia Cognitiva, haciendo énfasis en los elementos cognitivos, en el origen y en el mantenimiento de la problemática psicológica, así como la integración de las técnicas conductuales y el uso de metodología experimental para poder observar el proceso y resultados de la intervención terapéutica.

Los avances terapéuticos de Beck junto a la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis, (1963) se puede considerar como la esencia de la segunda generación de la terapia de conducta, y los fundamentos de la terapia cognitiva conductual, siendo en ese momento cuando surge la necesidad

de cambiar el término Terapia de Conducta por uno más descriptivo y que sea más integrador como lo es la Terapia Cognitivo Conductual.

El enfoque de esta terapia, integra variables cognitivas conductuales, emocionales y aspectos sociales, habiendo crecido la especialización de los trabajos iniciales de estos dos autores para el tratamiento de varios problemas psicológicos. La Terapia Cognitivo-Conductual posee cuatro pilares teóricos básicos:

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) afirman, que el enfoque de esta terapia, integra variables cognitivas conductuales, emocionales y aspectos sociales, habiendo crecido la especialización de los trabajos iniciales de estos dos autores para el tratamiento de varios problemas psicológicos. La terapia Cognitiva-Conductual posee cuatro pilares teóricos básicos, que sirvieron de base para su desarrollo: Condicionamiento clásico, desarrollado en base a las investigaciones que ha sido una figura clave para el desarrollo de las teorías del aprendizaje, el condicionamiento instrumental u operante de quien hace referencia a los procesos por los cuales el comportamiento se adquiere o extinguen en función de las consecuencias.

Asimismo, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) indican, que la teoría del aprendizaje social, desde la cual se afirma que el aprendizaje no sólo se produce por la experiencia directa y personal, sino mediante la observación de la conducta. De igual manera los modelos o aprendizaje cognitivos se desarrollaron desde una manera independiente, con dos modelos de intervención terapéutica denominados Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva.

La característica fundamental del modelo Cognitivo Conductual, es que está basado en el aprendizaje, siendo el objetivo más importante el de verificar el cambio cognitivo conductual del paciente. La diferencia observable entre la terapia cognitiva conductual y la terapia convencional es la estructura formal del abordaje en cada una de las sesiones y en los tipos de problemas en que se centra, ya que, en las terapias tradicionales como el psicoanálisis o la terapia centrada en el cliente de Jung, una de las diferencias es el tiempo de duración del abordaje con la terapia cognitiva.

El terapeuta del modelo cognitivo conductual estructura cada sesión y requiere de la participación del paciente, por ejemplo, en el caso que se presente un paciente de la tercera edad con trastorno depresivo es muy probable que se encuentre confundido, preocupado y distraído y es necesario que el profesional le ayude a organizar su pensamiento y conducta con el fin de ayudarlo a hacer frente de las exigencias de la vida diaria.

la terapia cognitivo conductual, centra la problemática del paciente en el aquí y el ahora, utiliza las experiencias de la infancia sólo cuando le son de utilidad para clarificar algunos hechos actuales, siendo el principal objetivo conocer los pensamientos y sentimientos del paciente durante el proceso de la intervención terapéutica, sin interpretar los factores inconscientes.

3.2 El enfoque cognitivo conductual en la actualidad

En la actualidad, para un proceso de intervención psicológica existen múltiples tipos de terapia, pero la Terapia Cognitivo Conductual está teniendo especial atención, ya que tiene una orientación terapéutica con eficacia científicamente comprobada para diferentes tipos de intervención, por lo que se ha convertido en un tratamiento de elección para varios trastornos mentales no psicóticos. La terapia en mención ofrece resultados eficaces a corto y largo plazo por ser de fácil acceso y tiene menor índice de abandono que el abordaje con otras terapias.

Este modelo es de elección por no estar contraindicado en los tratamientos farmacológicos, sobre todo en pacientes ancianos que presentan patologías asociadas a enfermedades médicas que requieren terapia farmacológica. Además, en este enfoque se utilizan técnicas prácticas, sencillas, guiadas por el terapeuta y son accesibles a la hora de la comprensión del paciente que necesite ser abordado por el modelo cognitivo conductual, también está dirigido a los pensamientos, emociones, sensaciones físicas y permite ser utilizado para el abordaje de trastornos depresivos.

En Guatemala, existen varios grupos de terapeutas para el tratamiento con Terapia Cognitivo Conductual, de igual manera en varios países el uso de este modelo es frecuente por ser una terapia de forma estructurada, con una cantidad limitada de sesiones para el abordaje, que ayuda a tomar

conciencia de los pensamientos imprecisos o negativos de los pacientes para que puedan lograr visualizar situaciones con mayor claridad y responder en forma más efectiva, la terapia cognitiva conductual, puede ser utilizada para tratar varios trastornos de salud mental como la depresión, ansiedad y fobias en adultos de la tercera edad.

En la etapa de adulto mayor se considera que es la época para el descanso, reflexión y oportunidades para hacer las cosas que se dejaron pendientes en los años anteriores, pero el envejecimiento ha afectado con problemas físicos, de salud y pueden presentarse problemas psicológicos en el que la depresión puede ser una patología frecuente, debido a los sentimientos de soledad y la insatisfacción por la vida diaria, así como el abandono que sufren los ancianos institucionalizados, lo que representa un factor de riesgo para el trastorno depresivo.

Además, en Guatemala existen varios lugares dedicados al cuidado del adulto mayor, denominados asilos, en los cuales los ancianos viven institucionalizados y presentan en algunos casos trastornos físicos o de salud mental.

De igual manera hay otro tipo de centro de cuidado del adulto mayor en el cual no viven, sino que es un hogar para la persona mayor de 60 años en adelante, en el que puede acudir en un horario de 8:00 a 14:00 horas, por lo que la investigación se realizó en el centro del adulto mayor “San Jerónimo Emiliani”, con una población mixta, entre 25 y 30 personas, con edades comprendidas entre 60 y 85 años, en los cuales se puede observar que están presentes varios factores contribuyentes y precipitantes para un trastorno depresivo mayor.

3.3 Abordaje terapéutico

En los últimos años, la experiencia clínica del abordaje terapéutico con la Terapia Cognitivo Conductual, ha demostrado que es una alternativa eficaz para el tratamiento del trastorno depresivo mayor en pacientes de la tercera edad, ya que es un tratamiento de elección porque se obtiene los resultados deseados, reduciendo los síntomas depresivos y mantiene los cambios terapéuticos a largo plazo, con una disminución del riesgo de recaídas; de igual manera es un tratamiento breve

que ayuda a que los pacientes adultos mayores no se aburran y pierdan el interés de continuar con un programa de intervención terapéutica.

Asimismo, existe evidencia de que en la práctica clínica tanto internacional como nacional, se recomienda la Terapia Cognitivo Conductual, como el tratamiento de primera elección para el trastorno depresivo leve o moderado, ya que diferentes autores indican que la terapia de resolución de problemas es una de las pocas estrategias evaluadas en ancianos con trastornos del estado de ánimo.

La experiencia clínica obtenida con la población de adultos mayores permite comprobar que el enfoque terapéutico de la terapia cognitivo conductual, se centra en el presente en el aquí y el ahora en el problema y la solución, es de carácter preventivo, y logra los resultados deseados, si el paciente realiza las actividades propuestas en cada una de las sesiones. El modelo es breve y de fácil aplicación y logra modificaciones importantes y perdurables, la Terapia Cognitivo Conductual es un modelo didáctico por lo cual el adulto de la tercera edad se entrena para resolver los problemas futuros y mantiene el interés por ser una terapia de acción.

3.3.1 Instrumentos utilizados para la elaboración del diagnóstico clínico

Para la realización del diagnóstico se utilizaron instrumentos para la evaluación psicológica y poder determinar cuál es la patología que presenta la población de adultos mayores en el centro “San Jerónimo Emiliani”, para lo cual se utilizaron pruebas con el fin de evaluar y medir las diferentes características psicológicas de los ancianos, de igual manera se emplearon técnicas que miden la conducta observable, el estado mental y el funcionamiento de cada uno de los pacientes en situaciones de la vida diaria.

- Entrevista clínica: Se utiliza esta técnica porque el segmento de la población son adultos de la tercera edad, para poder explorar la existencia de particularidades del paciente. Esta entrevista se desarrolla a través de una conversación, con la finalidad de que el paciente

explique su problemática, esta técnica permite obtener el motivo de consulta y como el paciente percibe su propio malestar por el cual acude a consulta.

- Observación directa: Por tratarse de una población de personas ancianas se consideró necesario la observación de tipo directa, ya que permite registrar y detectar durante el proceso cuál es la dinámica relacional de cada uno de los pacientes, el estado de ánimo y afectividad. Esta técnica es un elemento fundamental para el proceso investigativo, ya que permite ver algunas conductas relacionadas con algún tipo de patología, que esté presente en el adulto de la tercera edad.
- Examen mental: Por tratarse de personas mayores de 60 años de edad, se considera necesario verificar las facultades de pensamiento de las personas, mediante la observación de la apariencia física, edad, nivel general de bienestar, arreglo personal, peso, estatura, postura, contacto visual; asimismo este examen permite observar cuál es la actitud, si es amigable u hostil, cooperativo o ambivalente (inseguro).

También, se verifica la orientación por medio de preguntas sencillas, concisas y claras, la actividad psicomotora, período de atención, memoria reciente y pasada, el funcionamiento del lenguaje y juicio e inteligencia, esta evaluación examina la capacidad del paciente para resolver problemas o situaciones de la vida diaria.

- Test o escala de depresión geriátrica (DGS), creada por Yesavage y Brink en 1982, esta escala, es la más utilizada para la detección de depresión en el adulto de la tercera edad, es un instrumento de autoevaluación desarrollada para detectar los síntomas específicos de depresión en adultos mayores, por medio de la autoaplicación de una versión abreviada que consta de 15 ítems (10 positivas y 5 negativas) y requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con la finalidad de no crear en el paciente pérdida de atención con algún grado de alteración cognoscitiva.

Se considera necesario el uso de una escala específica para adultos mayores de 60 años, ya que la principal ventaja es que no mezcla síntomas físicos con los depresivos, se centra en las cogniciones conductuales relacionados con síntomas específicos de la depresión en adultos de la tercera edad. Asimismo, es importante tomar en cuenta que para el diagnóstico del trastorno depresivo es

necesario la confirmación con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2014).

3.3.2 Trastorno depresivo en adultos de la tercera edad

Al presentarse esta patología, es necesario tomar en cuenta varias situaciones que nos sitúan en contextos diferentes de lo que es un paciente depresivo, ya que existen en el adulto mayor, variables psicosociales, las cuales son propias de la vejez, como lo es el aislamiento y la declinación social, duelos que se presentan por varias pérdidas, tales como el fallecimiento de amigos y familiares. Todas estas situaciones afectan a los pacientes de la tercera edad, ya que se percatan que personas de su misma generación comienzan a fallecer, por lo que se sienten solos y comienzan a sentir miedo al pensar que pueden ser los próximos.

De igual manera, es necesario considerar toda la terapia farmacológica para tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad, ya que regularmente estas patologías requieren de tratamientos independientes, los cuales pueden llegar a favorecer o a dificultar el trastorno depresivo. El alto índice de depresión en la actualidad y siendo un factor de riesgo la vejez, la institucionalización, o en otros casos padecer de aislamiento o abandono familiar, es necesario un tratamiento de preferencia breve para evitar que el paciente abandone el proceso por aburrimiento o por cualquier otra situación, por lo que se considera La Terapia de Solución de Problemas para el tratamiento de la depresión.

Vásquez, Otero, Blanco y Torres (2015) afirman, que el trastorno depresivo se caracteriza por la presencia de manifestaciones conductuales, cognitivas, emocionales, motivacionales y somáticas, por lo que, para el abordaje de la depresión, estos autores recomiendan entre la Terapia Cognitivo Conductual, el uso de la Terapia de Solución de Problemas para la depresión de D'Zurilla (1982) y Nezu (1982) Nezu, por ser un programa de intervención cognitivo conductual que tiene como objetivo principal el afrontamiento para la solución de problemas, es decir la adquisición de habilidades que permitan la reducción de la patología, lograr un desarrollo psicológico y conductual

que le dé al paciente herramientas para afrontar las recaídas en el futuro, lo que le dará una mejor calidad de vida.

3.3.3 Terapia de solución de problemas para la depresión

La Terapia de Solución de Problemas, es recomendable su aplicación en pacientes de la tercera edad con trastorno depresivo, ya que por las habilidades cognitivas complejas y por las demandas propias de la sociedad, todos los seres humanos tienen la capacidad de solucionar los problemas, pero cuando se presentan algunos sucesos vitales negativos o problemas de la actualidad y considerando que existen personas con déficits en el afrontamiento para solucionar problemas, esto puede llegar a provocar la aparición de síntomas depresivos.

Asimismo, este modelo es un proceso cognitivo conductual que está dirigido para que el paciente identifique y cree soluciones efectivas para sus problemas, ya que es una actividad consciente, racional que exige esfuerzo. Además, es una actividad dirigida a solucionar la problemática que se está presentando en la vida diaria de un adulto mayor. De igual manera, el abordaje con la terapia de solución de problemas para la depresión es un proceso de aprendizaje, con el cual se obtienen estrategias de afrontamiento y de autocontrol, para la resolución de los problemas que pueden estar provocando una patología depresiva.

El proceso de solución de problemas, permite que la persona que se encuentre diagnosticada con un trastorno depresivo mayor, logre identificar soluciones eficaces que le permita la utilización de destrezas y habilidades, las cuales pueda poner en práctica en su vida diaria; asimismo, esta terapia no es sólo una estrategia que sirve para el afrontamiento, sino que es un metaprocés que permite que el paciente comprenda, valore y adapte los acontecimientos que le provocan estrés. En sus principios refiere que los síntomas que presenta la patología puede ser la consecuencia negativa de una falta de habilidades para el afrontamiento de cualquier problemática que esté viviendo.

El modelo Cognitivo Conductual y la Terapia de Solución de Problemas, son un proceso sistematizado de fácil adaptación al paciente, se ajusta al problema actual cuya situación está

deteriorando y agravando la vida del individuo, es una terapia flexible en relación con los objetivos, métodos e implementación del tratamiento. Además, se considera breve, porque el proceso dura cinco sesiones de tratamiento, por ser un abordaje focalizado para lograr modificar la situación estresante de un evento y la creación de alternativas para la solución del problema existente mediante una intervención que incluye: Psicoeducación, ejercicios de resolución de problemas y tareas prácticas las cuales se realizan entre sesiones con fines motivacionales.

La Terapia de Solución de Problemas, diseñada por Nezu (2007) Nezu, es una de las más utilizadas para el tratamiento de trastornos depresivos, ya que tiene como principal objetivo enseñar a los pacientes a identificar cuáles son los problemas fundamentales que le impiden el bienestar y encontrar soluciones eficaces para la solución de problemas. Las intervenciones de esta terapia se pueden realizar en forma individual o grupal.

3.3.4 Características de la terapia de solución de problemas

Según Vásquez, Otero, Blanco y Torres (2015), las características de la terapia de solución de problemas son:

Es una terapia cognitivo-conductual: Se considera conductual porque está relacionada con el establecimiento de objetivos, mediante el paciente logra avanzar para resolver la problemática que le aqueja, tiene un componente cognitivo porque el paciente debe concebir la mayor parte del tiempo que los problemas por los cuales está atravesando en su vida son solucionables, con toma de decisiones y planificación de conductas que ayudarán a la resolución de cada uno de los problemas que se le presentan.

Es una terapia breve, porque el proceso del tratamiento es de aproximadamente cinco sesiones, ya que no se ha encontrado una relación importante en el número de sesiones o de horas de tratamiento para que el resultado sea eficaz en el trastorno depresivo.

La terapia puede llevarse a cabo en forma individual o en grupo, se ha comprobado una mayor eficacia de la terapia de solución de problemas a varias personas ya que permite un ahorro de tiempo y costo. La terapia grupal brinda un contexto de normalización de los síntomas, lo que permite poner en práctica la empatía, ya que el grupo siente apoyo y contención emocional, ayuda a que el paciente no se sienta solo y logra que la retroalimentación sea una ayuda eficaz, en el momento que comparte sus preocupaciones y miedos con el grupo.

Centrada en el paciente y en el presente, en el aquí y el ahora, además se focaliza en los problemas reales que está viviendo el paciente en la actualidad y se establecen los objetivos para alcanzarlos en un corto tiempo.

Se considera terapia de acción, porque el paciente con un trastorno depresivo asume un rol activo dentro del tratamiento, no sólo dentro del grupo, sino que en forma individual al afrontar las dificultades poniéndose una meta. Además, el problema del paciente se trata dónde está ocurriendo y no en la clínica del terapeuta, ya que la terapia se realiza en un entorno natural del individuo.

3.3.5 Programa de intervención de la terapia solución de problemas para el trastorno depresivo

Vásquez, Otero, Blanco y Torres (2015) afirman, que la terapia de solución de problemas es un programa desarrollado por la Unidad de Trastornos Depresivos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela, con el objetivo principal de la reducción de los síntomas depresivos y que los efectos del programa se generalizan a otros ámbitos de la vida diaria de las personas. Este programa terapéutico cognitivo conductual, se basa en la Solución de Problemas de D'Zurilla y Nezu (2007).

La intervención es presencial, con un mínimo de cinco participantes por grupo. El programa es sencillo y claro, pero exige varias destrezas que debe poseer el terapeuta para aplicar con éxito la terapia de solución de problemas, siendo las siguiente:

Vásquez, Otero, Blanco y Torres (2015) indican, que el programa consta de cinco sesiones, las cuales tienen una duración de una hora y treinta minutos, una vez por semana, la duración de la intervención es de un mes y una semana. La intervención terapéutica se realizará en forma presencial, con un mínimo de cinco participantes por grupo.

El programa es sencillo y claro, pero exige varias destrezas que debe poseer el terapeuta para aplicar con éxito la terapia de solución de problemas, siendo estas las siguientes: promover una buena relación terapéutica, el terapeuta debe poseer capacidad pedagógica, ser creativo, flexible, dar al paciente resúmenes parciales de las sesiones, proporcionar el reforzamiento adecuado, dejar tareas para realizar en casa, prever los obstáculos y proporcionar herramientas para lograr el abordaje de los obstáculos que se presentan, de igual manera evitar el consejo en forma directa sin ser solicitado.

Tabla No. 4

Estrategias para promover la confianza del paciente con el terapeuta

No emitir juicios de valor.	Confidencialidad.	Evitar demostraciones emocionales.	No hacer énfasis en el rol de autoridad.
No invadir.	Congruencia.	Tolerar los silencios.	Demostraciones de interés.
Aceptación no verbal.	Parafraseo Objetivo.	Contacto visual.	Sonreír.
No dar falsas seguridades.	Cumplir con los compromisos.	Precisión al dar información.	Tolerar la evocación de recuerdos y problemas.

Fuente: elaboración propia con base a datos de Vásquez, Otero, Blanco y Torres. (2015)

Vásquez, Otero, Blanco y Torres (2015) señalan, que la terapia de solución de problemas de D'Zurilla y Nezu (2007), está centrada en el entrenamiento del adulto de la tercera edad con trastorno depresivo, para que durante el proceso obtenga los siguientes componentes de la solución de problemas: Una orientación positiva hacia los problemas con una definición y formulación de los mismos y buscar soluciones alternativas y toma de decisiones. Asimismo, poner en práctica y verificar la solución de problemas que haya sido elegida.

Tabla No.5

Estructura, contenido y actividades de la intervención terapéutica

Sesión	Contenido	Actividades
1	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación del concepto de depresión. • Propósito de la intervención y la explicación de cómo se lleva a cabo. • Orientación positiva hacia la solución del problema. • La importancia de las tareas para casa. 	<p>Discusión sobre depresión.</p> <p>Presentar la solución de problemas y cómo influye en la depresión.</p> <p>Estrategias positivas hacia los problemas y definir objetivos.</p> <p>Reflexión sobre su lista de problemas actuales.</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> • Definición del problema. • Establecer metas y objetivos. • Generar soluciones y alternativas. • Tareas para casa. 	<p>Elegir un problema para trabajar.</p> <p>Entrenamiento para formulación concreta de un problema.</p> <p>Descomponer el problema.</p> <p>Establecer metas realistas.</p> <p>Generar soluciones.</p>
3	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de decisiones. • Planificación de la solución elegida. • Tareas para casa. 	<p>Análisis de costo beneficio de cada solución alternativa.</p> <p>Reconocer la solución más adecuada.</p> <p>Tomar una decisión.</p> <p>Aplicación de la solución elegida.</p>
4	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la solución elegida. • Repetir el proceso de solución de problemas en otro problema. • Tareas para casa. 	<p>Analizar el resultado obtenido con la solución elegida.</p> <p>Repetir el proceso de solución de problemas con otro problema.</p> <p>Aplicar la solución elegida con otro problema.</p>
5	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de la solución de problema elegida. • Verificar los progresos y prevención de recaídas. 	<p>Analizar el resultado alcanzado con la solución elegida.</p> <p>Revisión del modelo.</p> <p>Animar a continuar usándolo.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del problema. • Despedida y cierre. 	<p>Analizar posibles dificultades futuras y cómo afrontarlas.</p> <p>Hacer énfasis en la importancia de la práctica diaria.</p>
	<p>Durante todas las sesiones, se realizó la monitorización del estado de ánimo y auto-reforzamiento.</p>	<p>Unidad Subjetiva del Malestar. (USM)</p> <p>La evaluación previa nos sirve para estimar la intensidad del malestar y se repite al final de la sesión para estimar si se dieron cambios en el malestar.</p>

Fuente: elaboración propia con base a datos de Vásquez, Otero, Blanco y Torres. (2015)

El programa de intervención es de naturaleza cognitivo conductual, cuya finalidad es el entrenamiento de una serie de habilidades para reducir los síntomas depresivos y mejorar el bienestar psicológico de los adultos mayores. En este programa el terapeuta tiene un estilo directivo, empático y cercano, es quien dirige cada una de las sesiones del proceso de intervención. Asimismo, regula y participa en las interacciones entre los miembros del grupo, manteniendo la autonomía de cada uno de los participantes, además fomenta el apoyo y feedback mutuo.

Las sesiones se realizan en forma dinámica, interactiva y participativa, en las que el terapeuta proporciona explicaciones para lograr el manejo del trastorno depresivo, asimismo brinda las herramientas para ejecutar cada paso y da el entrenamiento para la solución de los problemas de los participantes, logrando que los pacientes aprendan el proceso de solución, al mismo tiempo están afrontando sus propias problemáticas. De igual manera, se programan tareas para la casa desde la primera hasta la cuarta sesión, las cuales están dirigidas al entreno de las habilidades puestas en práctica durante la sesión, para lograr el aprendizaje y utilizarlas en la vida diaria.

A lo largo del programa, se anima al grupo para comentar las experiencias sobre la depresión, haciendo énfasis en que se distinga la tristeza normal a un episodio depresivo, seguidamente se les pide que se pregunten como pueden enfrentarse a ella y el terapeuta brinda varias formas de enfrentarla. Al contar los pacientes con formas eficaces para solucionar sus problemas, pueden romper el círculo vicioso y contribuir a disminuir los síntomas depresivos, por lo que la TSP se

centra en el entrenamiento para afrontar los problemas intentando cambiar la situación problemática y la reacción ante un problema o ambas.

La terapia de solución de problemas trabaja para que los miembros que están en el proceso terapéutico logren entender los problemas como algo normal, que lo visualicen como un reto y no como una amenaza, esto lo van a lograr cuando empiecen a cambiar la manera de ver los problemas, como parte de la vida diaria y que no existe una persona que no tenga un problema en cualquier momento de su vida. Asimismo, durante el programa los pacientes han demostrado diversidad de sintomatología por lo que ha sido necesario recurrir durante las sesiones a la aplicación de algunas técnicas adicionales.

3.3.6 Técnicas cognitivo-conductuales

En la práctica privada, las técnicas utilizadas en el modelo Cognitivo Conductual, han demostrado después de varios años de estudio, que es el tratamiento recomendado para diversos problemas y trastornos psíquicos. Además, la experiencia obtenida en clínica permite que sea la terapia Cognitivo Conductual la elegida y que se utilicen las técnicas de este modelo con la población de adultos de la tercera del hogar, en el cual se realiza la investigación para la realización del artículo científico.

Asimismo, la experiencia psicoterapéutica ha demostrado que durante el proceso de tratamiento se logra modificar la conducta del paciente, así como contribuir con el aprendizaje de nuevos hábitos tanto de vida como del comportamiento adaptativo, mediante el trabajo que se realiza durante cada una de las sesiones, para modificar la base cognitiva que da origen a las conductas desadaptativas.

Además, las técnicas cognitivas conductuales sirven para estimular la mente y la conducta de los adultos mayores y se logre producir una mejoría considerable en gran número de los casos atendidos. De igual manera, durante la práctica se puede observar la alta aceptación entre la población adulta mayor por ser un proceso terapéutico con un número de sesiones menor, lo que

les permite la constancia, mantener el interés y lograr de esta manera la permanencia en el tratamiento.

3.3.7 Técnicas cognitivo conductuales adicionales

Durante el programa de intervención en la práctica privada y por la experiencia que se ha tenido en clínica, se ha observado que en la intervención de la terapia de solución de problemas, en muchas ocasiones es necesario integrar técnicas adicionales como un complemento a las estrategias de solución de problemas, pero sin sustituir el programa, ya que por tratarse de un trastorno depresivo mayor en una población de adultos de la tercera edad, es indispensable el reforzamiento siempre y cuando no se incluyan varias en una misma sesión, ya que esto por el segmento de la población atendida puede reducir el impacto de la intervención y confundir a los pacientes.

3.3.7.1 Técnicas para control de pensamientos negativos

Durante el proceso terapéutico se ha observado que en un trastorno depresivo con frecuencia el paciente experimenta pensamientos automáticos negativos en forma recurrente, lo que conduce a un estado de ánimo deprimido, ya que los pensamientos negativos afectan el estado de ánimo y el comportamiento o cómo reaccionamos. Además, este tipo de pensamientos puede afectar el programa de la terapia de Solución de Problemas, ya que afecta la orientación hacia la propia capacidad de solucionar sus problemas. Motivo por el cual, se lleva a la práctica la aplicación de técnicas para el control de pensamientos negativos en la población de adultos de la tercera edad.

Vásquez, Otero, Blanco y Torres (2015) refieren, que durante el proceso terapéutico se ha observado que en un trastorno depresivo con frecuencia el paciente experimenta pensamientos automáticos negativos en forma recurrente, lo que conduce a un estado de ánimo deprimido, ya que los pensamientos negativos afectan el estado de ánimo y el comportamiento o cómo reaccionamos. Además, este tipo de pensamientos puede afectar el programa de la terapia de Solución de Problemas, ya que afecta la orientación hacia la propia capacidad de solucionar sus

problemas. Motivo por el cual, se lleva a la práctica la aprobación de técnicas para el control de pensamientos negativos en la población de la tercera edad.

La reestructuración cognitiva, es una herramienta que es de gran utilidad en la población de adultos mayores y se pone en práctica a través de un autorregistro, con tres columnas: situación, cogniciones y consecuencias de la cognición, para detectar el pensamiento y anotarlo, esta tarea requiere de entrenamiento ya que los pensamientos son automáticos e involuntarios.

Entre las técnicas utilizadas con los adultos que acuden al hogar “San Jerónimo Emiliani” y presentan trastorno depresivo, se destaca la reestructuración cognitiva, ya que la depresión de los pacientes en algunos casos se originó a partir de alguna discapacidad física que les causa problemas para realizar algunas actividades, como continuar realizando algunos trabajos o perdieron la autonomía y a partir de esta problemática desarrollaron pensamientos que causaban autopercepción de inutilidad.

3.3.7.2 Entrenamiento en asertividad

Por la práctica llevada a cabo en clínica, se considera importante aplicar en la población de adultos mayores, la técnica de entrenamiento asertivo, para lo cual se procede a la explicación en forma clara, la necesidad de poseer habilidades sociales para lograr una integración social, ya que es clave como factor para el bienestar emocional y lograr convivir en armonía con diferentes personas en cualquier ámbito de la vida, por lo que es necesario llegar a desarrollar estas habilidades.

Asimismo, se indica a la población cómo pueden aprender mediante la asertividad, que se refiere a la habilidad social y que consiste en tener la capacidad de autoafirmarse los propios derechos, así como manifestar sus opiniones, emociones y creencias, respetando al mismo tiempo los derechos que las demás personas tienen. La técnica, se lleva a cabo con la entrega a los pacientes de un listado de derechos asertivos; además, se dejaron unas líneas en blanco para que los pacientes puedan añadir algún derecho que consideren necesario y que no aparece en el listado.

Vásquez, Otero, Blanco y Torres (2015) señalan, que la población puede tener un mejor aprendizaje mediante la asertividad, la que consiste en tener la capacidad de autoafirmarse los propios derechos, así como manifestar sus opiniones, emociones y creencias, respetando al mismo tiempo los derechos que las demás personas tienen. La técnica, se lleva a cabo con la entrega a los pacientes de un listado de derechos asertivos; además, se dejaron unas líneas en blanco para que los pacientes puedan añadir algún derecho que consideren necesario y que no aparece en el listado. Asimismo, se procede con los pacientes del hogar a que puedan distinguir y conocer los estilos básicos de comunicación que son determinantes para una comunicación asertiva, siendo estos los siguientes:

Comunicación pasiva: Es cuando la persona no dice lo que piensa, ni lo que siente, aunque con ello no se respeten sus derechos. Comunicación asertiva: Es la forma en que la persona expresa sus opiniones con respeto en forma clara y logra comunicar lo que desea. Comunicación agresiva: Es la forma de comunicar los pensamientos, ideas o las actitudes de los interlocutores, donde el emisor se centra en el mensaje, el cual lo proyecta con la mayor fuerza e intensidad posible.

Las diferentes técnicas aplicadas y el programa de Solución de Problemas para la depresión de Z'urilla y Nezu (2007), que corresponde al enfoque Cognitivo Conductual, dirigido a un segmento de la población de la tercera edad en el contexto guatemalteco, los cuales presentan trastorno depresivo mayor, con diferentes manifestaciones sintomatológicas, así como la importancia de la intervención psicológica con el enfoque Cognitivo Conductual, el que está considerado como una propuesta psicoterapéutica, que posee estudios científicos que demuestran la efectividad, sumado a que es una práctica que se realiza en forma guiada por el terapeuta, sencilla y accesible en el momento de ser comprendida por el paciente que está recibiendo el proceso terapéutico.

La experiencia obtenida en clínica, demuestra que la población de la tercera edad con trastorno depresivo mayor a quienes se les proporciona una intervención terapéutica con el enfoque Cognitivo Conductual y la terapia de Solución de Problemas para la depresión, siendo este un proceso que brinda un entrenamiento por medio de la aplicación de diferentes técnicas, entre las que se encuentran: Control de pensamientos negativos, reestructuración cognitiva y entrenamiento en asertividad, que fueron trabajadas con cada uno de los participantes del proceso terapéutico;

además, se puso en práctica cada una de las herramientas utilizadas con la finalidad que continúen practicándolas para lograr que las utilicen fuera de las sesiones en cualquier situación de la vida.

Asimismo, estas personas que participaron en el proceso terapéutico lograron un estado de bienestar que les permitirá estar conscientes de sus capacidades para el afrontamiento de tensiones normales, así como encontrar soluciones a los problemas que se les presentan durante la vida cotidiana. Por lo que la población atendida de adultos de la tercera edad, que asisten al centro de cuidado de día, a quienes se les realizó una intervención terapéutica, con el modelo cognitivo conductual y las diferentes técnicas aplicadas, se logra la efectividad planteada como parte de la línea terapéutica.

Conclusiones

En el contexto guatemalteco, los adultos de la tercera edad con frecuencia se encuentran deprimidos por diferentes factores entre los que se encuentran: la necesidad de la familia de institucionalizarlos o enviarlos a un centro de cuidado de día, por diferentes factores. La investigación realizada en el centro de cuidado “San Jerónimo Emiliani”, indica que uno de los factores precipitantes para el trastorno depresivo es el abandono y aislamiento por parte de los integrantes de la propia familia y para lograr el bienestar emocional, es necesario acudir a un profesional de la salud mental.

El Modelo Cognitivo Conductual, es un abordaje de elección para adultos mayores con depresión, por ser una intervención breve y se evalúa la eficacia del proceso al reducir significativamente la sintomatología depresiva, modificando los pensamientos automáticos, creencias desadaptativas, sobre aspectos de su vida diaria, aprendiendo herramientas para la solución de conflictos, logrando identificar los problemas normales de la vida cotidiana.

La Terapia de Solución de Problemas, se realiza en grupo y su eficacia se comprueba porque la mayoría de pacientes alcanzan sus objetivos terapéuticos, ya que les ofrece interacciones entre pares, mejorando la autoestima, las habilidades sociales y las relaciones interpersonales, además les provee apoyo y retroalimentación de personas que están lidiando con síntomas similares, tales como: las pérdidas de las relaciones sociales, duelos, soledad, abandono familiar, adaptación ante enfermedades físicas, aumento de la dependencia y afrontamiento ante la idea de la muerte.

La Terapia Cognitivo Conductual en grupo, ofrece la oportunidad a los pacientes de sentirse útil, produciendo cambios significativos en la forma de pensar, sentir y actuar; asimismo el abordaje está centrado en soluciones factibles y de pronta aplicación, por lo que es favorable en procesos depresivos y en la población de adultos de la tercera edad por ser una terapia breve.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. (5ª. ed.). Arlington, Virginia Asociación Americana de Psiquiatría. Editorial: Médica Panamericana.
- Alvarado, G. (2008). *Análisis de la Recreación Salud en el Adulto Mayor*. (Tesis de licenciatura). Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Aravena, J. (2017). *Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores*. Revista chilena de neuro-psiquiatría.
Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272017000400255&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Baiza, J. (2015). *Conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados en situación de abandono*. (Tesis de licenciatura). Universidad Rafael Landívar.
- Belart, A., & Ferrer, M. (2009). *El ciclo de la vida: Una visión sistémica de la familia* (3a. ed.). Retrieved from <https://ebookcentral.proquest.com>
- Blanco, O. (2007). *Desprotección de las personas de la tercera por falta de hogares públicos*. (Tesis licenciatura). Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.
- Caballero, A. (2014). *Modelo de intervención en mujeres con depresión*. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado se México.
- Cuyún, A. (2007). *Falta de aplicación de la ley de protección para las personas de la tercera edad*. (Tesis de licenciatura). Universidad de San Carlos, Guatemala.
- Da Silva, C. (2017). *Envejecimiento: Evaluación e interpretación psicológica*. Retrieved from

<https://ebookcentral.proquest.com>

García, P. (2013). *El abandono y la soledad como factores que influyen en el vacío existencial en las personas de la tercera edad, que residen en el Centro Geriátrico Casa María, ubicado en San Felipe Antigua Guatemala*. (Tesis de licenciatura). Universidad de San Carlos, Guatemala.

García, R. (2012). Envejecimiento mundial y desafío regional: Nuevos paradigmas para la investigación, la salud pública y los derechos humanos. Retrieved from <https://ebookcentral.proquest.com>

García, Ú. & Olmos F. (2009). Atención geriátrica. Ministerio de Educación de España. Retrieved from <https://ebookcentral.proquest.com>

González, J. & De la Fuente, R. (2014, 17 de febrero). *Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349851791013.pdf>

López, K. (2012). *Centro Habitacional para el Adulto Mayor*. (Tesis de licenciatura) Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Mancilla, M., y Ramírez, D. (2017). *La adaptación de la personas de la tercera edad que viven en el asilo San Vicente, zona 5 de la ciudad capital*. (Tesis de licenciatura). Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2015). *Análisis de información de Salud Mental de Enero a Diciembre, Guatemala 2015*. Guatemala: El autor.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2016). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Guatemala: El autor.

Monterroso, K. (2012). *Tipos de depresión en personas de la tercera edad*. (Tesis de licenciatura). Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2017, 12 de diciembre). *Envejecimiento y salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organización Mundial de la Salud, OMS (2018, 05 de febrero). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. (2012, 9 de octubre). *Día Mundial de la Salud: La depresión, una crisis global*. Recuperado de https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=610:dia-mundial-de-salud-mental-depresion-una-crisis-global&Itemid=405

Paladines, M. y Guinde, M. (2010). *Disfuncionalidad Familiar en Niñas y su Incidencia en el Rendimiento Escolar*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Cuenca Ecuador.

Pérez, D. & Chacach, I. (2014). *Negligencia afectiva y su relación con el estado de ánimo del adulto mayor*. (Tesis de licenciatura). Universidad de San Carlos.

Prensa Libre. (2017, 23 de febrero). *Los casos de depresión aumentan 18 por ciento en el mundo*. Recuperado de <https://www.prensalibre.com/vida/salud-y-familia/los-casos-de-depresion-aumentan-18-por-ciento-en-el-mundo/>

Procuraduría de los Derechos Humanos de Guatemala (2009). *Situación de los derechos humanos en Guatemala*. Recuperado de:

<https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=1933>

Ramírez, V., Bedoya, L., Correa, E. y Villada, J. (2015). *Riesgo de depresión, y factores asociados en adultos mayores institucionalizados en la red de asistencia social al adulto mayor*. (Tesis Especialista en Epidemiología). Universidad CES, Medellín.

Richter, M. (2014, 9 de septiembre). *La situación del adulto mayor en Guatemala*. Recuperado de:

<http://www.movimientosicg.org/es/documentos/articulos/item/307-la-situacion-del-adulto-mayor-en-guatemala>

Salvo, L. (2015). *Curso y resultado del trastorno depresivo mayor en el nivel secundario de atención*. (Tesis para el grado de Doctor en Salud Mental). Universidad de Concepción, Chile.

Silva, M., y Vivar, V. (2015). *Factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado*. (Tesis de licenciatura). Universidad de Cuenca Ecuador.

Sotelo, A., Rojas, J., Sánchez, C., Irigoyen, A. (2012, 22 de enero). *La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención*. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/507/50730962002.pdf>

Anexos

Anexo 1
Entrevista Adultos de la Tercera Edad

I Datos Generales

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fecha de la entrevista: _____

Nombre del cónyuge, edad, grado de instrucción, trabajo:

Nombres y edades de los hijos (si hay algún dato importante sobre alguno de ellos, anotarlos aquí)

II Motivo de Consulta

Motivo de consulta:

¿Cuándo se iniciaron los síntomas? _____

Actitud de los familiares en relación con su problema:

Consulta y tratamientos previos: _____

III Antecedentes Familiares y Ambientales

Estado socioeconómico de la familia: _____

Relación con las personas que convive: _____

Relación del paciente con hermanos y otros familiares cercanos y/o significativos: _____

Antecedentes de problemas o afecciones en otros miembros de la familia: _____

IV Antecedentes Personales

En la actualidad, padece algún problema médico (explicar):

Relaciones sociales y personales:

Actividades sociales (frecuencia, grado de confort, facilidad o dificultad para establecer amistades):

OBSERVACIONES:

Anexo 2

Escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés)

Cuestionario corto creada por Yesavage

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

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

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

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

Un puntaje > 5 punto parece indicar depresión.

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

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

Anexo 3

Autorregistro de Pensamientos

Nombre _____

Semana No. _____

Situación	Pensamiento	Emoción	Analizar y cuestionar el pensamiento	Respuesta Racional
¿Qué hora es? ¿Dónde estaba? ¿Quién estaba? ¿Qué sucedió?	Automático ¿Qué me decía a mí mismo en ese momento?	¿Cómo reaccioné a esa situación? ¿Qué sentí?	¿Qué pruebas tengo que eso es cierto? ¿Qué sería lo peor que podría sucederme si eso es cierto? ¿En qué me ayuda pensar así? ¿Qué le diría a un amigo si me dijera esto? ¿Hay otras explicaciones?	¿Qué pensamiento más racional he elaborado?