



Universidad del Azuay
Facultad de Filosofía, Letras
Y Ciencias de la Educación
Escuela de Psicología Clínica

**“TERAPIA DE GRUPO PARA LA DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES”.**

**Tesis previa a la obtención del título de psicólogos
clínicos**

Autores:

Jorge Anchundia Reinoso

Edwin Astudillo Mora

Directora:

Dra. Anita Lucía Pacurucu Pacurucu

Cuenca – Ecuador
Año 2016

DEDICATORIA.

- Dedico este trabajo especialmente a Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto de mi vida, además a mis padres que siempre están a cada momento alentándome y brindándome su apoyo incondicional en cada paso que doy, por transmitirme sus valores y guiarme hacia el camino hacia el éxito, por enseñarme el sendero hacia la felicidad y prosperidad.
- Dedico este trabajo principalmente a Dios, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando he estado a punto de caer y por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación académica. Así como también a mi madre por ser mi ejemplo y el pilar fundamental en mi vida, por estar siempre cuando la necesito, por demostrarme su cariño incondicional sin importar las adversidades. A mi padre que estuvo apoyándome y alentándome en todo momento. Y a mi hermana por compartir momentos significativos a mi lado, por estar dispuesta a escucharme y estar presta a ayudarme en cualquier momento que la necesite.

Jorge Fernando Anchundia Reinoso.

Edwin Oswaldo Astudillo Mora.

AGRADECIMIENTO

- Agradezco primeramente a Dios y a mis padres, porque gracias a ellos he podido culminar mis estudios y realizar esta investigación; agradezco también a todos los profesores que con su enseñanza crearon a un nuevo profesional, especialmente a las Dra. Anita Pacurucu directora de este proyecto, Mst. Sebastián Herrera y Mst. Ramiro Lazo miembros del tribunal, quienes estuvieron dispuestos incondicionalmente a ayudarnos en el desarrollo de nuestra investigación.
- En primer lugar agradezco a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa importante en mi vida. A mi madre la agradezco por la confianza y el apoyo brindado, porque sin duda en el trayecto de mis estudios me ha demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos. A mi padre por estar presente y apoyarme en este camino estudiantil. Y a mi hermana que durante estos años de carrera ha sabido apoyarme, para continuar y nunca renunciar. Finalmente a la Dra. Anita Pacurucu, Mst. Sebastián Herrera y Mst. Ramiro Lazo porque con cada una de sus valiosas aportaciones hicieron posible esta investigación y por la gran calidad humana que lo han demostrado ser.

GRACIAS.

ÍNDICE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	II
Agradecimiento.....	III
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	IV
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
INTRODUCCIÓN GENERAL.....	1
Capítulo 1. Teorías del envejecimiento.....	3
Introducción.....	3
1.1 Teorías del envejecimiento a nivel biológico.....	3
1.1.1 Teorías Estocásticas.....	3
1.1.1.1 Teorías Genéticas.....	3
1.1.1.2 Teoría de la Mutación Somática.....	4
1.1.1.3 Teoría de los Radicales Libres.....	4
1.1.1.4 Teoría Error – Catástrofe.....	4
1.1.1.5 Teoría de las uniones cruzadas de estructuras celulares.....	5
1.1.1.6 Teoría de la acumulación de productos de desecho.....	5
1.1.1.7 Teoría inmunológica.....	5
1.1.2 Teorías Deterministas.....	5
1.1.2.1 Teoría de la capacidad replicativa finita de las células.....	6
1.1.2.2 Teorías Evolutivas.....	6
1.2 Teorías Psicológicas del Envejecimiento.....	6
1.2.1 Teoría Individualista de Jung.....	6
1.2.2 Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson.....	7
1.2.3 Maslow: La Teoría Holístico – Dinámica.....	10
1.2.3.1 Jerarquía de las Necesidades.....	11
Capítulo 2. Depresión en el adulto mayor y la senectud.....	15
Introducción.....	15
2.1 Definición de Depresión.....	16
2.2 Síntomas.....	16
2.3 Diagnóstico Diferencial.....	17

2.4 Comorbilidad.....	18
2.5 Depresión en Ancianos.....	18
2.5.1 Suicidio en Ancianos.....	19
2.6 Terapias para trabajar en la depresión.....	19
2.6.1 Terapia Racional Emotiva (T.R.E ALBERT ELLIS).....	20
2.6.1.1 Teoría ABC.....	20
2.7 Terapia Humanista.....	22
2.7.1 La Psicología Existencial o Existencialismo.....	23
2.7.2 La terapia Gestalt (Mente, Cuerpo y Alma).....	24
2.7.3 La terapia de las necesidades humanas.....	24
2.7.4 La terapia centrada en el cliente.....	25
2.7.5 Terapia centrada breve en soluciones.....	25
2.7.6 El Análisis Transaccional (A.T).....	26
2.7.7 La Psicología Transpersonal.....	26
2.8 Terapia de Grupo.....	27
Capítulo 3. Metodología.....	30
Introducción.....	30
3.1 Metodología.....	30
3.2 Población.....	30
3.2.1 Criterios de Inclusión.....	31
3.2.2 Criterios de Exclusión.....	31
3.3 Instrumentos.....	31
3.3.1 Escala de depresión geriátrica de Yesavage.....	31
3.4 Planificación de la terapia.....	32
3.4.1 Técnicas y terapias.....	33
3.4.2 Ejecución y aplicación de la investigación grupal (cronograma).....	45
Capítulo 4. Resultados: curso de la terapia.....	54
4.1 Clasificación de los problemas de los participantes.....	54
4.1.1 Problemas Externos.....	54
4.1.2 Problemas Internos.....	55
4.1.3 Problemas Mixtos.....	56

4.2 Creencias irracionales de los pacientes (T.R.E).....	57
4.3 Problemas sobre los problemas.....	57
4.4 Análisis de los problemas cuantitativos.....	58
4.4.1 Datos relevantes de los participantes.....	58
4.5 Análisis global de los participantes.....	60
4.5.1 Análisis global inicial.....	60
4.5.2 Análisis global final.....	62
4.6 Análisis de resultados cualitativos.....	63
4.7 Conclusiones Generales.....	64
Recomendaciones.....	67
Referencias Bibliográficas.....	68
ÍNDICE DE TABLAS.....	VI
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VI
ÍNDICE DE CUADROS.....	VII
ÍNDICE DE ANEXOS.....	VII

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadios Psicosociales de Erikson.....	8
Tabla 2. Esquema de la Teoría Racional Emotiva.....	20
Tabla 3. Niveles de Depresión (Escala de depresión geriátrica de Yesavage).....	60
Tabla 4. Niveles de Depresión (Escala de depresión geriátrica de Yesavage).....	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Jerarquía de la necesidades de Maslow.....	11
Figura 2. Género.....	58
Figura 3. Diagnóstico de los usuarios del centro.....	58
Figura 4. Estado civil de los participantes en el proceso terapéutico.....	59
Figura 5. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.....	60
Figura 6. Diagnóstico inicial de los participantes.....	61
Figura 7. Diagnóstico final de los pacientes.....	62
Figura 8. Encuesta.....	63

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Modelo ABC.....	33
Cuadro 2. Terapia de grupo con enfoque humanista.....	36

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos.....	74
Informes psicológicos.....	75

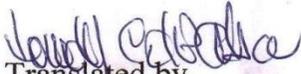
RESUMEN:

El presente trabajo muestra un modelo de terapia de grupo aplicada en Adultos Mayores con depresión. Los pacientes fueron diagnosticados con esta enfermedad mediante la aplicación del Test de Depresión Geriátrica de Yesavage, en el Centro Gerontológico Juan Pablo II, perteneciente al Cantón Sigsig provincia del Azuay. La muestra estuvo conformada por siete participantes que fueron escogidos mediante criterios de inclusión y exclusión y su tratamiento se basó en la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis y la Terapia Humanista de los autores: Carl Jung, Erik Erikson y Abraham Maslow en un total de doce sesiones. Los resultados evidencian que los adultos mayores obtuvieron puntuaciones altas en depresión antes de la terapia de grupo, pero una vez finalizado el proceso terapéutico la depresión disminuyó en los participantes, logrando de esta manera contribuir a su mejoría y bienestar tanto personal, mental y social; también se observó una mejor armonía en la relación con sus familiares y amigos.

ABSTRACT:

This research paper presents a group therapy model for depression applied to elderly patients. The patients were diagnosed with this disease through the application of the Yesavage Geriatric Depression Scale conducted at *Juan Pablo II* Gerontology Center, located in Sigsig Canton, province of Azuay. The sample consisted of seven participants who were chosen by inclusion and exclusion criteria. The treatment carried out in a total of twelve sessions, was based on Albert Ellis Rational Emotive Therapy and on Carl Jung, Erik Erikson and Abraham Maslow Humanistic Therapy. The results showed that the elderly scored high on depression before group therapy; however, once the therapeutic process was over, their depression decreased; thus, contributing to their personal, mental and social improvement and well-being, as well as to a more harmonious relationship with family and friends.




Translated by,

Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN

Este proyecto se realizó en el Centro Gerontológico Juan Pablo II perteneciente al cantón Sígsig de la provincia del Azuay, el cual lleva funcionando desde el 28 de Julio de 1986 y recibe a usuarios desde los 65 años en adelante. El objetivo fue determinar el nivel de depresión en los adultos mayores.

El Departamento de Psicología Clínica, funciona desde octubre de 2014 y su objetivo es brindar atención psicológica a los usuarios del centro gerontológico dando apoyo y asesoría; se ejecutó la investigación en base a entrevistas clínicas, aplicación de test, talleres y charlas para obtener información sobre el estado actual de los usuarios, puesto que utilizamos criterios de inclusión y exclusión, para determinar los que formaron parte de dicha investigación, que los detallaremos en los siguientes capítulos.

Este centro, es una instancia técnica operativa (dependiente del gobierno autónomo del Sígsig) bajo la supervisión del Ministerio de Inclusión Económica y Social que brinda una atención integral sin internamiento a personas adultas mayores con dependencia física siendo leve, dependiente o moderada, enfocado en la promoción del envejecimiento positivo y ciudadanía activa a través de un equipo de profesionales capacitados y con el apoyo interinstitucional en función del cumplimiento de las políticas públicas en beneficio de este sector vulnerable.

El objetivo de esta investigación es determinar el nivel de depresión en los adultos mayores del centro y aplicar un programa de terapia de grupo para la disminución de los síntomas y mejorar su calidad de vida.

En el ser humano el envejecimiento es muy complejo, está relacionado con factores intrínsecos (genéticos, biológicos, mentales) y extrínsecos (ambientales, sociales, culturales), estos factores pueden acelerar o retrasar el ritmo del proceso de envejecimiento. Algunos de los factores pueden cambiarse, si predominan los factores que lo retrasan llevan al individuo a causar un envejecimiento fisiológico normal y la longevidad, si predominan y lo aceleran entonces conduce al envejecimiento patológico o anormal. (Reyes, 2011).

“En la vejez, con frecuencia se presentan simultáneamente padecimientos en los que no hay una causa única de morbilidad, sino que predomina la multicausalidad. Por lo tanto, las

enfermedades en esta etapa de la vida adquieren una manifestación clínica distinta”. (Chapman, 2008).

La depresión en el adulto mayor, aunque común, es una enfermedad que merece toda la atención por parte de su entorno. Los cambios, que se presentan a esta edad, pueden conllevar a un cuadro depresivo que puede afectar tanto la salud física como la salud mental del afectado. Si se observa algún cambio notorio en una persona adulta mayor, lo idóneo sería hacer una consulta a tiempo con un profesional. (Domínguez J. 2012).

Las causas psicológicas de la depresión son más complejas. Errores cognoscitivos, psicodinámicos o de comportamiento pueden originar la depresión. El aprendizaje de un comportamiento de abandono y la asociación de la depresión con eventos adversos durante el curso de la vida pueden condicionar una cierta respuesta hacia los agentes de estrés continuo, donde el número de eventos negativos vividos se asocia con el desarrollo de la depresión. (Aguilar, 2007).

El tratamiento de la depresión en el anciano no es homogéneo, requiere un abordaje altamente individualizado. Su historia personal y su comorbilidad particularizan el cuadro. Se afectan sus parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos, tanto por cambios propios de su proceso de envejecimiento, como por patologías asociadas y sus respectivos tratamientos, modificando todo esto la respuesta a los antidepresivos. (Chapman, 2008).

Por tanto el capítulo uno aborda los conceptos de las teorías del envejecimiento tanto a nivel biológico como a nivel psicológico. En el capítulo 2 se desarrolla los temas referentes a la depresión que involucran factores psicosociales, somáticos y su tratamiento. Finalmente se presentan las estrategias o técnicas utilizadas en la Terapia de Grupo para la Depresión en Adultos Mayores en el capítulo 3, y además se muestran los resultados, conclusiones y recomendaciones para el trabajo en esta población.

CAPÍTULO 1.

1. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO.

INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento ocurre a todos los niveles: a nivel molecular, nivel celular y nivel de órgano. Los cambios que una teoría del envejecimiento debe explicar son: a) perjudiciales, reducen las funciones. b) progresivos, que tengan lugar gradualmente. c) intrínsecos, es decir, que no sean por causa de agentes medio ambientales modificables. d) universales, esto es, todos los miembros de una especie deben revelar los déficits. (Strehler, 1982).

Existe gran cantidad de información respecto a las teorías de envejecimiento. Pardo (2003) afirma: el envejecimiento compromete un número de genes diferentes, se han llegado a señalar hasta cien genes implicados en la evolución de la longevidad. También hay mutaciones múltiples que afectan a todos los procesos del envejecimiento.

1.1 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO A NIVEL BIOLÓGICO.

Según Pardo (2003), en su revisión sobre las teorías que explican el envejecimiento postula la siguiente clasificación:

1.1.1 TEORÍAS ESTOCÁSTICAS.

Es un grupo de teorías que considera al genoma el principal actor del envejecimiento y también a fenómenos ambientalistas que consideran al entorno celular el responsable de la homeostasis. Las teorías estocásticas se dividen en:

1.1.1.1 TEORÍAS GENÉTICAS.

Estas teorías proponen que el entorno celular es el responsable de los daños en el ADN e incluyen:

- a) Teoría de la regulación genética: plantea que los genes de cada especie son responsables del desarrollo y reproducción.
- b) Teoría de la diferenciación terminal: postula que el envejecimiento celular se debe a una serie de modificaciones de la expresión genética, con respecto a una diferenciación terminal de las células.

- c) Teoría de la inestabilidad del genoma: expone que el genoma es la causa de envejecimiento.

1.1.1.2 TEORÍA DE LA MUTACIÓN SOMÁTICA.

Szilard (1959) planteó que “el envejecimiento es el resultado de mutaciones en el ADN nuclear de las células somáticas”. Otros autores postulan que la causa fundamental del envejecimiento celular es una inestabilidad del genoma mitocondrial, debido a una falta de equilibrio entre la reparación mitocondrial y el efecto desorganizador de los radicales de oxígeno. Manifiesta que las mutaciones en el ADN mitocondrial causan enfermedades humanas como la demencia, desórdenes del movimiento, fallo cardíaco, diabetes, disfunción renal, sordera, ceguera y debilidad.

1.1.1.3 TEORÍA DE LOS RADICALES LIBRES.

Denham Harman (1956), expone que “el envejecimiento resulta de los efectos perjudiciales causados a tejidos por reacciones de radicales libres”, los cuales dañan a nuestro cuerpo causando, en el mejor de los casos, el envejecimiento, y en el peor, graves enfermedades. Estas reacciones son las responsables de los cambios del envejecimiento y están relacionados con el medio ambiente. Los radicales libres también están implicados con enfermedades degenerativas como arteriosclerosis, amiloidosis, demencia senil tipo alzheimer y enfermedades autoinmunes.

1.1.1.4 TEORÍA ERROR – CATÁSTROFE.

Orgel (1970), desarrolla esta teoría y manifiesta que, con la edad aparecen errores en los mecanismos de síntesis de proteínas, los mismos que provocan la producción de proteínas anormales. Según esta teoría, el envejecimiento estaría acompañado por la síntesis de proteínas defectuosas pero se ha demostrado que no es así., por lo que durante la senescencia aparecen formas anómalas de algunas proteínas, pero no surgen de errores en la biosíntesis de proteínas que se trata de modificaciones pos-sintéticas.

1.1.1.5 TEORÍA DE LAS UNIONES CRUZADAS DE ESTRUCTURAS CELULARES.

Esta teoría postula que la formación de enlaces moleculares entre proteínas o cadenas de ácidos nucleicos, aumenta con la edad.

Varios autores afirman que las complicaciones crónicas de la diabetes proceden de los entrecruzamientos de polímeros y cadenas proteicas, con carácter irreversible, así forman los pigmentos fluorescentes y amarrados que entrelazan proteínas.

Otros autores afirman que las hipótesis sobre los radicales libres de oxígeno y la glicación (proceso de adición de carbohidratos a una proteína) son componentes de una única vía bioquímica, porque el número de puentes cruzados aumenta con la edad.

1.1.1.6 TEORÍA DE LA ACUMULACIÓN DE PRODUCTOS DE DESECHO.

Esta teoría propone que las células producen un producto de desecho que es perjudicial para la reproducción, el producto de desecho no puede destruirse o transportarse a través de las membranas más externas de las células, su concentración puede reducirse por la dilución en la división celular.

1.1.1.7 TEORÍA INMUNOLÓGICA.

Esta teoría afirma que el genoma nuclear, actuando como un reloj molecular o reloj celular, es el responsable de programar los cambios que se presentarán en el desarrollo de un organismo a lo largo de su vida, desde la concepción hasta el envejecimiento pasando por la madurez sexual.

1.1.2 TEORÍAS DETERMINISTAS.

Estas teorías sugieren que una serie de procesos del envejecimiento están programados innatamente dentro del genoma de cada organismo.

1.1.2.1 TEORÍA DE LA CAPACIDAD REPLICATIVA FINITA DE LAS CÉLULAS.

Esta teoría habla sobre la capacidad de las células que tienen para duplicarse, descende con la edad. El telómero podría ser el reloj que determina la pérdida de la capacidad proliferativa de las células.

1.1.2.2 TEORÍAS EVOLUTIVAS.

Existen tres teorías que explican por qué se da el envejecimiento, la primera teoría postula que la senescencia es una adaptación programada como desarrollo, debido a que sin la senescencia el recambio y renovación de poblaciones resultaría afectado. La segunda teoría propone que las mutaciones perjudiciales que se activan tarde son las responsables del envejecimiento. La tercera teoría sugiere que la senescencia es el resultado de un desajuste entre la supervivencia tardía y la fecundidad temprana. (Pardo, 2003).

1.2 TEORIAS PSICOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO.

Las teorías psicológicas afirman que se deben dar diversas habilidades adaptativas y con ello lograr que una persona pueda envejecer con éxito. Así mismo los desencadenantes que afectarían a un adulto mayor serían los cambios físicos del envejecimiento, los problemas de jubilación, además sufren por la pérdida del conyugue, de los amigos y esto ocasionaría una baja en su salud. (Chein y Pritchard, 2012).

Existen varias teorías psicológicas del envejecimiento y entre las principales nombraremos las siguientes:

1.2.1 TEORÍA INDIVIDUALISTA DE JUNG.

Carl Jung describe que la crisis de la edad adulta intermedia, es un periodo que va de los comienzos a los mediados de los 40, el cual es provocado por una revisión y reevaluación de la vida pasada del individuo y que anuncia la iniciación de la edad adulta intermedia y la cual implica una transición perturbadora. Jung dijo que la edad de los 40 años de las mujeres y de los hombres mayormente se concentra en sus obligaciones ante su familia, la sociedad y desarrollan aspectos de la personalidad para fomentar sus metas. Las

mujeres hacen un énfasis en la expresividad y crianza, mientras que los hombres en una orientación hacia el logro. Carl Jung postula dos tendencias fundamentales que determinan la evolución del individuo a lo largo de su vida adulta. La primera se refiere a la introversión-extraversión y la segunda a lo femenino y lo masculino.

El significado del periodo de la adultez joven tiene que ver con el compromiso con el mundo externo, con el mundo social y laboral, y cuidar amorosamente a la pareja e hijos, para llegar a la conquista del mundo interior, la introversión, así analizar sentimientos y emociones, hacer un balance de lo vivido y tomar conciencia de su encuentro inevitable con la muerte; la introversión es parte del proceso de individuación de la persona. Respecto a la segunda tendencia feminidad y masculinidad, en la segunda mitad de la vida se podrían expresar ambas permitiendo un mejor equilibrio para permitir una mayor integración a las presiones sociales. (Jung, 1974).

Si se habla de la teoría individualista de Jung se podría decir que la misma parte de la hipótesis de que cuando una persona va envejeciendo, el enfoque se traslada desde el mundo exterior hacia la experiencia interior, puesto que en esa etapa de la vida el adulto mayor querrá estar en constante búsqueda de respuestas a sus múltiples inquietudes, tales son los misterios que tiene la vida y de esta manera hallar la verdadera esencia de su “ser”.

1.2.2 TEORÍA DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE ERICKSON.

La Teoría del Desarrollo Psicosocial fue ideada por Erik Erikson a partir de la reinterpretación de las fases psicosexuales desarrolladas por Sigmund Freud en las cuales subrayó los aspectos sociales de cada una de ellas en cuatro facetas principales:

- a) Enfatizó la comprensión del ‘yo’ como una fuerza intensa, como una capacidad organizadora de la persona, capaz de reconciliar las fuerzas sintónicas y distónicas, así como de resolver las crisis derivadas del contexto genético, cultural e histórico de cada persona.
- b) Puso en relieve las etapas de desarrollo psicosexual de Freud, integrando la dimensión social y el desarrollo psicosocial.
- c) Propuso el concepto de desarrollo de la personalidad desde la infancia a la vejez.

d) Investigó acerca del impacto de la cultura, de la sociedad y de la historia en el desarrollo de la personalidad

Erickson señala que existen ocho etapas de la vida, en las cuales dentro de cada una de ellas se deberá desempeñar tareas del desarrollo.

Tabla 1.

Estadios psicosociales de Erikson.

Estadios	Crisis Psicosociales	Relaciones/Vinculaciones	Fuerzas Básicas	Patología Antipatías
1. Infancia	Confianza vs. Desconfianza	Madre/orden cósmico	Esperanza	Retraimiento
2. Niñez temprana	Autonomía vs. Vergüenza	Padres/de ley y orden	Voluntad	Compulsión
3. Edad de juego	Iniciativa vs. Culpa	Familia básica/dramáticas e ideales	Finalidad	Inhibición
4. Edad escolar	Industria vs. Modernidad	Vecindad, escuela/ Formalismo-tecnología	Competencia	Inercia
5. Adolescencia	Identidad vs. Confusión	Pares, grupo, liderazgo/ Ideología	Fidelidad	Repudio
6. Juventud	Intimidad vs. Aislamiento	Amistad, sexo: afiliativas/ Cooperación y competición	Amor	Exclusividad
7. Adulthood	Generatividad vs. Estancamiento	Generacionales: trabajo dividido-casa compartida/ cultura-educación-tradición	Cuidado	Actitud rechazante
8. Vejez	Integridad vs. Desesperanza	Especie humana (mis especies)/ Filosóficas	Sabiduría	Desdén

Fuente: Erikson 1933

A continuación se muestra sólo las etapas que se relacionan con la edad adulta.

- a) Intimidad frente al Aislamiento: este estadio comprende desde los 20 años hasta los 40, aproximadamente. La forma de relacionarse con otras personas se modifica, el individuo empieza a priorizar relaciones más íntimas que ofrezcan y requieran de un compromiso recíproco, una intimidad que genere una sensación de seguridad, de compañía, de confianza. Si se evade este tipo de intimidad, uno puede estar rozando la soledad o el aislamiento, situación que puede acabar en depresión.
- b) Generatividad frente al Estancamiento: este estadio transcurre entre los 40 hasta los 60 años. Es un lapso de la vida en el que la persona dedica su tiempo a su familia. Se prioriza la búsqueda de equilibrio entre la productividad y el estancamiento; una productividad que está vinculada al futuro, al porvenir de los suyos y de las próximas generaciones, es la búsqueda de sentirse necesitado por los demás, ser y sentirse útil. El estancamiento es esa pregunta que se hace el individuo: ¿qué es lo que hago aquí si no sirve para nada?, se siente estancado y no logra canalizar su esfuerzo para poder ofrecer algo a los suyos o al mundo.
- c) Integridad del yo frente a la Desesperación: este estadio se produce desde los 60 años hasta la muerte. Es un momento en el que el individuo deja de ser productivo, o al menos no produce tanto como era capaz anteriormente. Una etapa en la que la vida y la forma de vivir se ven alteradas totalmente, los amigos y familiares fallecen, uno tiene que afrontar los duelos que causa la vejez, tanto en el propio cuerpo como en el de los demás.

Además Erickson planteaba que mientras se está en esa etapa, el adulto mayor deberá intentar no tener pensamientos obsesivos, ni tornarse enfermizo en cuanto a la aceptación final de la muerte. En muchas ocasiones estas personas cuando en su vida pasada sufrieron o tuvieron fracasos y decepciones, se afligirán por todo lo sucedido anteriormente, los mismos no aceptarán el hecho de que ciclo de vida debe finalizar.

En su gran mayoría los adultos mayores que no han logrado la integridad del ego, constantemente querrán mirar hacia atrás ya que no se han sentido satisfechos por los sucesos que han tenido, así mismo se sentirán desdichados, se deprimirán con facilidad o se

alterarán por lo que han hecho o por lo que no han podido realizar. Para ello un asesoramiento psicológico adecuado será de gran ayuda para la resolución de estos. (Chein y Pritchard, 2012).

1.2.3 MASLOW: LA TEORÍA HOLÍSTICO-DINÁMICA.

La teoría de la personalidad de Maslow se apoya en supuestos básicos sobre la motivación.

Primero, Maslow (1970) adoptó un enfoque holístico de la motivación, es decir, la motivación afecta a la persona en su totalidad y no a una sola parte o función de la misma.

Segundo, la motivación suele ser compleja, lo que significa que la conducta de una persona puede proceder de varios motivos distintos. Por ejemplo, el deseo de tener relaciones sexuales puede estar motivado no solo por una necesidad genital sino también por una necesidad de dominación, compañía, amor y autorrespeto.

La motivación para una conducta puede ser inconsciente o desconocida para la persona, por ejemplo la motivación de un adulto mayor de poseer más terrenos, propiedades o bienes inmuebles puede esconder una necesidad de dominación o poder. El reconocimiento por parte de Maslow de la importancia de la motivación inconsciente representa una diferencia notable con respecto a Gordon Allport, mientras Allport diría que una persona que juega golf sólo para divertirse, Maslow buscaría motivos más profundos y, a menudo, complejos.

Un tercer supuesto es que las personas están continuamente motivadas por una u otra necesidad. Cuando una necesidad es satisfecha suele perder su poder de motivación y es remplazada por otra necesidad. Por ejemplo, mientras no se satisfagan las necesidades de alimento de las personas, éstas lucharán por conseguirlo, pero cuando tienen suficiente, pasan a otras necesidades como la seguridad, la amistad y el autorrespeto.

Un cuarto supuesto es que todas las personas en todas partes están motivadas por las mismas necesidades básicas, el modo por el que las personas de cultura diferentes obtienen alimento, construyen refugios expresan amistad, etc., puede variar mucho, pero las necesidades fundamentales de alimento, seguridad y amistad son comunes a toda especie.

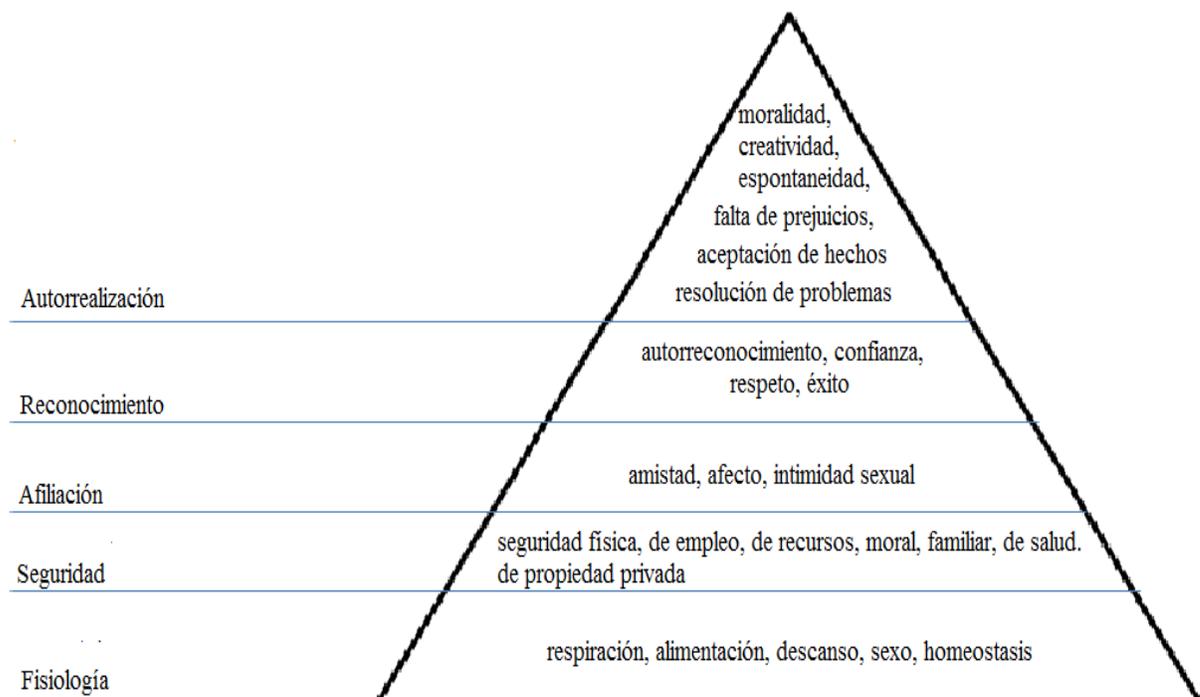
El quinto supuesto es que las necesidades se pueden clasificar según una jerarquía. (Maslow, 1970).

1.2.3.1 JERARQUÍA DE LAS NECESIDADES.

Maslow supone que es necesario satisfacer las necesidades de un nivel inferior, antes de que las necesidades de un nivel superior se conviertan en motivaciones. Las cinco necesidades que componen su jerarquía son necesidades conativas, lo que significa que tienen un propósito o intencionalidad. Estas necesidades, que Maslow solía denominar necesidades básicas, se pueden clasificar según una jerarquía, donde cada nivel superior representa una necesidad superior pero menos fundamental para la supervivencia.

Figura 1.

Jerarquía de las necesidades de Maslow.



Fuente: Maslow 1970

Las necesidades de niveles inferiores prevalecen por encima de las necesidades de niveles superiores, se deben satisfacer para que se puedan activar las necesidades de un

nivel superior. Por ejemplo, un individuo motivado por el respeto o la autorrealización debe haber satisfecho previamente las necesidades de alimento y necesidad. El hambre y la seguridad, prevalecen por encima del respeto y la autorrealización.

1. NECESIDADES FISIOLÓGICAS.

Maslow (1970) enumeró las necesidades por orden de importancia:

Las fisiológicas son las necesidades más básicas, como el alimento, el agua, el oxígeno, la temperatura corporal. Las necesidades fisiológicas prevalecen por encima de todas las demás. Las personas siempre tienen hambre están motivadas para comer, no para hacer amigos o respetarse a sí mismos. No ven más allá del alimento, y mientras esta necesidad siga estando insatisfecha, su motivación principal es conseguir algo para comer.

Según Maslow, (1970) afirmó: “es muy cierto que el hombre vive solo de pan, cuando no hay pan”. Cuando las personas no han satisfecho sus necesidades fisiológicas, viven ante todo para esas necesidades y luchan continuamente para satisfacerlas. Las personas hambrientas se llegan a obsesionar con la comida y están dispuestas a hacer casi cualquier cosa para conseguirla. (Keys, Brozek, Henschel. Mickelson y Tylor, 1950).

2. NECESIDADES DE SEGURIDAD.

Estas incluyen seguridad física, estabilidad, dependencia, libertad y protección de fuerzas amenazadoras como la guerra, el terrorismo, la enfermedad, el miedo, la ansiedad, el peligro, el caos y los desastres naturales además de las necesidades de legislación, orden y estructura. (Maslow, 1970).

Las necesidades de seguridad difieren de las necesidades fisiológicas en que no se pueden satisfacer en exceso, las personas pueden estar totalmente protegidas de meteoritos, incendios, inundaciones o actos de los demás que comparten peligro. En una sociedad que no está en guerra, la mayoría de los seres humanos con buen estado de salud tienen satisfechas sus necesidades de seguridad casi de forma permanente, lo que hace que dichas necesidades sean relativamente poco importantes.

3. NECESIDADES DE AMOR Y PERTENENCIA.

Son el deseo de amistad, el deseo de tener una pareja e hijos, la necesidad de pertenecer a una familia, a un club o una nación. (Maslow, 1970).

Las personas que han satisfecho sus necesidades de amor y pertenencia en periodos anteriores no se alarman cuando alguien les niega su amor, tiene confianza en que las personas que son importantes para ellas las aceptan, así que cuando otras personas las rechazan, no se sienten desconsoladas. (Maslow, 1970).

Las personas que nunca han vivido la experiencia del amor y pertenencia, son incapaces de dar amor. Raras veces los han abrazado, ni han conocido ninguna forma de amor verbal. Maslow afirmaba que estas personas llegan a devaluar el amor y considerar su ausencia como algo normal.

4. NECESIDADES DE RESPETO.

Incluyen el amor propio, la confianza, la competencia y la percepción del aprecio de los demás. Maslow (1970) identificó dos niveles de necesidades de respeto: la reputación y la autoestima. La reputación es la percepción del prestigio o fama que una persona ha alcanzado a los ojos de los demás, mientras que de la autoestima son los sentimientos de valor y confianza de la propia persona.

5. NECESIDADES DE AUTORREALIZACIÓN.

Cuando se han satisfecho las necesidades de un nivel inferior, las personas pasan, de manera más o menos automática, al siguiente nivel. Sin embargo una vez satisfechas las necesidades de respeto, no siempre pasan al nivel de autorrealización. Las necesidades de autorrealización abarcan el logro personal, la realización del potencial de la persona y un deseo de creatividad en toda la extensión de la palabra (Maslow, 1970). Las personas que han alcanzado el nivel de autorrealización se hacen seres humanos plenos y logran satisfacer necesidades que otros sólo vislumbran o nunca llegan a percibir. Se comportan de manera natural en el mismo sentido en que lo hacen los animales y los niños, es decir, expresan sus necesidades humanas básicas y no permiten que la sociedad las reprima. (Engler, B. 2001).

CONCLUSIÓN.

En este capítulo se analizan dos importantes clasificaciones respecto a las teorías del envejecimiento: en la primera clasificación se describen las teorías del envejecimiento a nivel biológico destacando dentro de ellas, las teorías estocásticas por un lado y las teorías deterministas por otro; las teorías estocásticas mencionan la importancia de los conceptos de sus teorías, mientras que las teorías genéticas proponen que el entorno celular es el responsable de daños en el ADN, otra teoría la de mutación somática plantea que el envejecimiento se debe a mutaciones en el ADN nuclear de las células somáticas, así mismo la teoría de los radicales libres postula que las reacciones de los radicales libres que están relacionadas con el medio ambiente son responsables del envejecimiento y enfermedades, la teoría error-catástrofe en cambio propone que el envejecimiento está acompañado por la síntesis de proteínas defectuosas, por otra parte, las teorías de las uniones cruzadas de estructuras celulares postula que la formación de enlaces moleculares entre proteínas aumenta con la edad, la siguiente teoría de la acumulación de productos de desecho se refiere a que las células producen un producto de desecho dañino para la producción, y finalmente la teoría inmunológica afirma que el genoma nuclear es el responsable de programar los cambios que intervienen en el envejecimiento. En la segunda clasificación se describen las teorías del envejecimiento a nivel psicológico destacando los aportes más importantes de los autores: Jung y su teoría individualista afirmando que las crisis de la edad adulta aumentan a los cuarenta años, los aportes de Erikson y su teoría del desarrollo psicosocial que proponen los estadios psicosociales y la teoría holístico dinámica de Maslow con su jerarquía de las necesidades. Hemos tenido la oportunidad de interrelacionar todas estas teorías para descubrir la esencia de la psicología del desarrollo del adulto mayor y aportar en el éxito de nuestra terapia.

CAPÍTULO 2

2. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y LA SENECTUD.

INTRODUCCIÓN.

Para la presente investigación sobre la depresión en el adulto mayor y la senectud, es necesario definir varios aspectos para entender su importancia y de esta manera obtener varias perspectivas. En lo que se refiere a lo psicosocial se considera que la persona se encuentra en momentos de tristeza o de dolor como es el caso de la muerte de un conyugue, familiar o de un amigo, además del abandono por parte de sus hijos (nido vacío), que influirá en la disminución de la actividad física y psíquica lo cual dará un declive socio-económico.

También es importante conocer la parte somática del adulto mayor puesto que si existen varias patologías o se presentan síntomas asociados con alguna enfermedad específica, se deberá considerar dentro del tratamiento del paciente variables farmacológicas.

Así mismo con frecuencia a los adultos mayores cuando tienen depresión lo confunden o los etiquetan como dementes, o cuando sufren un grave deterioro mental se les suele decir que solamente están tristes, por ello es considerable diferenciar Depresión vs Demencia. Generalmente la depresión cuando se presenta en los pacientes se manifiesta en una forma brusca, se quejan de pérdida de memoria, sienten una intensa tristeza, sentimientos de culpa, pérdida de confianza, sufren de insomnio, en tanto quienes padecen de demencia tienen un estado de delirio emocional, son inestables y en ciertas ocasiones presentan una mejoría parcial.

Finalmente, en la parte terapéutica se debe poseer un considerable cuidado con los adultos mayores, debido que para tratar ciertos temas se debe incluir un lenguaje que sea claro y comprensible para ellos y no utilizar demasiados términos técnicos, además tener cautela a la hora de abordar asuntos que estén relacionados a situaciones como: recuerdos dolorosos, sensibles o situaciones traumáticas que tuvieron a lo largo de su vida, ya que ellos son susceptibles ante estas circunstancias y pueden caer con facilidad en el llanto y la tristeza.

2.1 DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN.

La depresión en el adulto mayor es una enfermedad mental que aqueja el estado anímico, se puede presentar sentimientos de tristeza, de frustración o de ira y esto hará que interfieren en su vida diaria, a medida que la persona vaya teniendo más edad, estas sufrirán de alteraciones estructurales y funcionales, con ello el adulto mayor no podrá adaptarse fácilmente al entorno actual, en muchas ocasiones los mismos pierden el interés e incluso la ilusión de vivir, porque pensarán que son incapaces de efectuar las actividades propuestas.

El envejecimiento poblacional es un evento demográfico que lleva implícito una mayor demanda de servicios de salud por parte de los adultos mayores, este grupo de edad presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad. Los adultos mayores presentan cuatro discapacidades predominantes: motriz, visual, auditiva y mental. La depresión es la discapacidad mental de mayor ocurrencia en los adultos mayores, afecta a 10 % de los pacientes ambulatorios, de 15 a 35 % de los que viven en hogares para ancianos y de 10 a 20 % de los hospitalizados. Es un trastorno que se ha convertido en un evidente problema de salud pública a nivel mundial, el cual es considerado uno de los principales problemas de salud mental de los adultos mayores, la depresión es más frecuente en la primera mitad de la vejez (de los 65 a los 80 años) y su prevalencia se distribuye entre depresión y demencia, en la segunda mitad (desde los 75-80 años). La prevalencia de depresión en las personas mayores de 65 años se estima que alcanza el 12 % de los casos, siendo aún mayor entre pacientes institucionalizados en residencias y en hospitalizados. La depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres, aunque a esta edad las diferencias no resultan tan marcadas como en otras épocas de la vida. (Cardona, et al., 2012).

2.2 SÍNTOMAS.

Se utilizó la información contenida en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (2014), para explicar los síntomas, diagnóstico diferencial y comorbilidad del trastorno de depresión mayor.

- a) Estado de ánimo deprimido la mayor parte de día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin

esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se ve lloroso).

- b) Disminución importante del interés o el placer por todas partes o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
- c) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- d) Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
- e) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- f) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- g) Sentimiento de inutilidad, culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
- h) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- i) Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

2.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Episodios maníacos con ánimo irritable o episodios mixtos. Los episodios de depresión mayor con marcado ánimo irritable pueden ser difíciles de diferenciar de los episodios maníacos con ánimo irritable o de los episodios mixtos. Esta distinción requiere una evaluación clínica minuciosa de la presencia de síntomas maníacos.

Trastorno del humor debido a otra afección médica. El diagnóstico apropiado es un episodio depresivo mayor y se debería basar en la historia personal, el examen físico y las pruebas de laboratorio, si no se considera que el trastorno del ánimo es consecuencia directa de una afección médica específica (p. ej., esclerosis múltiple, infarto cerebral, hipotiroidismo).

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 con

ánimo deprimido por el hecho de que los criterios diagnósticos completos del episodio depresivo mayor no se cumplen en el trastorno de adaptación.

Tristeza, por último, los periodos de tristeza son aspectos inherentes de la experiencia humana. Estos periodos no debería a menos que se cumplan los criterios de gravedad (p. ej., cinco de los nueve síntomas) y duración (p. ej., la mayor parte del día, casi cada día durante al menos dos semanas), y que existe malestar o deterioro clínicamente significativo. El diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado puede ser apropiado para las presentaciones de ánimo deprimido con deterioro clínicamente significativo que no cumplan los criterios de duración o de gravedad.

2.4 COMORBILIDAD.

Otros trastornos con los que el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia son los trastornos relacionados con sustancias, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno límite de la personalidad.

Las respuestas a una pérdida significativa como el duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave, son respuestas a una pérdida significativa que pueden simular un episodio depresivo, al contener señales de tristeza intensa, insomnio, pérdida de apetito y peso pueden contener señales de tristeza intensa, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso. Aunque estos indicios pueden ser claros o considerarse adecuados a la pérdida, también convendría pensar en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

2.5 DEPRESIÓN EN ANCIANOS.

La depresión en personas mayores de 65 años tiene una alta prevalencia y produce un impacto negativo en la calidad de vida. Dentro de los factores de riesgo se destacan: duelo, trastornos del sueño, discapacidad, episodio depresivo previo, género femenino, demencia y condiciones médicas crónicas. Los ancianos deprimidos muestran falta de ánimo y tristeza, más ansiedad y más quejas somáticas que los jóvenes con la misma patología. El pronóstico es en general pobre, pues este trastorno en los ancianos presenta mayor tasa de recaídas y

mayor mortalidad general que en las personas de otras edades. La presencia de un trastorno depresivo en personas mayores de 65 años aumenta la mortalidad en este grupo etario, produce impacto negativo en la calidad de vida y se ha constituido en un problema de salud pública en el ámbito mundial. Los adultos deprimidos tienen un funcionamiento igual o peor que quienes padecen enfermedades médicas crónicas tales como artritis, enfermedad pulmonar o diabetes (Peña et al., 2009).

2.5.1 SUICIDIO EN ANCIANOS.

El suicidio en ancianos se caracteriza por estar antecedido de un menor número de amenazas y el empleo de métodos más letales que lo reportado en edades más tempranas. Otros factores de riesgo asociados al suicidio en ancianos son: ser viudo o divorciado, vivir solo, abuso de sustancias y eventos vitales estresantes de índole financiera o interpersonal. Los objetivos del tratamiento del trastorno depresivo mayor en los ancianos consisten en mejorar la calidad de vida, optimizar el funcionamiento, lograr la remisión de los síntomas y prevenir las recaídas y recurrencias. Muchos pacientes no logran la recuperación completa de un episodio con el tratamiento y continúan presentando síntomas residuales que, aunque no cumplen criterios para depresión mayor, se convierten en un fuerte predictor de recaídas y de riesgo suicida. (Peña et al., 2009).

“Pienso a cada momento en quitarme la vida con veneno para ratas”, palabras que confiesa Zoila Ch. una usuaria del centro gerontológico “Juan Pablo II”, viuda, con discapacidad visual total, y que vive con su nieto en un estado de extrema pobreza. En la entrevista clínica se observa en la paciente, los signos y síntomas de un cuadro depresivo mayor, lo cual es preocupante puesto que el riesgo de suicidio en esta persona es alto; éste es un ejemplo claro de cómo afecta la depresión en los adultos mayores, haciéndolos tomar la decisión de quitarse la vida.

2.6 TERAPIAS PARA TRABAJAR EN LA DEPRESIÓN.

Las bases fundamentales para aplicar a nuestra investigación que fueron escogidas para superar la problemática expuesta, las detallamos a continuación:

2.6.1 TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (T.R.E ALBERT ELLIS).

El objetivo de la terapia racional emotiva desarrollada por Albert Ellis (1985) es ayudar a la gente a vivir el mayor tiempo posible, minimizando sus problemas emocionales y sus conductas contraproducentes y a auto-realizarse para vivir una existencia lo más feliz posible. Ellis con la TRE afirma que si las personas adquiriesen una sana filosofía de la vida, sería raro que se encontrasen emocionalmente perturbadas.

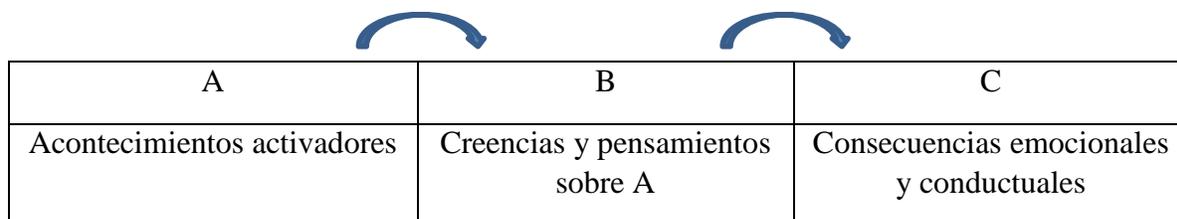
2.6.1.1 TEORIA ABC.

Esta teoría da importancia a las emociones y conductas, con énfasis en las cogniciones o creencias, pensamientos, e imágenes mentales.

A continuación se explica el esquema de la teoría racional emotiva:

Tabla 2.

Esquema de la Teoría Racional Emotiva.



Fuente Ellis 1985

“A” representa el acontecimiento activador que aparece a primera vista como el desencadenante de “C” (consecuencias emocionales y conductuales), los acontecimientos activadores (A) parecen causar las (C), pero no es así, las “B” que son las creencias y pensamientos sobre (A) son los mediadores importantes entre los (A) y las (C), y por lo tanto son los principales responsables de “C”.

Ejemplo: una persona llega a un lugar donde hay varios desconocidos, y estos lo miran fijamente (A), según lo que la persona piense (B), reaccionará a nivel emocional y conductual (C), si piensa que los demás lo evalúan positivamente, la persona se sentirá mejor que si pensara que lo evalúan negativamente.

Se enlista once creencias irracionales principales en esta teoría que son:

- a) Es una necesidad extrema, para el ser humano adulto, ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno.
- b) Para considerarme a mí mismo como una persona válida debo ser muy competente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga.
- c) Las personas que no actúan como deberían, son viles, malvadas e infames y deberían ser castigadas por su maldad.
- d) Es terrible y catastrófico que las cosas no funcionen como a uno le gustaría.
- e) La desgracia y el malestar humano están provocadas por las circunstancias externas y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones.
- f) Si algo es o puede ser peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
- g) Es más fácil evitar las responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente.
- h) Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte en quien confiar.
- i) Lo que me ocurrió en el pasado seguirá afectándome siempre.
- j) Debemos sentirnos muy preocupados por problemas y perturbaciones de los demás.
- k) Existe una solución perfecta para cada problema y si no la hallamos sería catastrófico.

Estas ideas irracionales fueron sintetizadas por Ellis en tres ideas irracionales básicas en exigencias absolutistas o necesidades perturbadoras en forma de “deberías...”, “es necesario que.” “con respecto a...”.

- a) Uno mismo, ejemplo: “debo hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones”.
- b) Otra/s persona/s, ejemplo: “deben actuar de forma agradable, considerada y justa”.
- c) La vida o el mundo, ejemplo: “debe ofrecerme unas condiciones buenas y fáciles para que pueda conseguir lo que quiero sin mucho esfuerzo”.

Cuando las exigencias absolutistas no se cumplen, surgen pensamientos cargados de emociones como:

- Tremendismo: “es terrible”.
- No-soportantitis: “no puedo soportarlo”.
- Condena “es un gusano”, o auto-condena “soy un inútil”.

Distorsiones cognitivas: facilitadas por las actitudes de exigencia y necesidad perturbadora.

- Sobre-generalizaciones y etiquetaciones negativas.
- Salto a conclusiones negativas.
- Adivinar el futuro.
- Fijarse en lo negativo.
- Descalificar lo positivo.
- Magnificar, minimizar.
- Razonamiento emocional.
- Personalizar.
- Estafa.

La terapia deberá detectar y cambiar tanto las evaluaciones erróneas de la realidad, (fruto de las distorsiones) como las creencias dogmáticas y absolutistas (exigencias y derivados) que las originan.

Según Ellis: “la TRE es un tipo de psicoterapia activa-directiva en la que el terapeuta lleva al paciente a identificar el origen filosófico de sus problemas, demostrándole que puede afrontarse y se pueden cambiar sus actitudes irracionales perturbadoras”. (Ellis, 1985).

2.7 TERAPIA HUMANISTA.

Un humanista destacado como Carl Rogers dice: “la corriente humanista sirve para crear una relación de ayuda en la que el terapeuta ayuda al paciente a sacar a la luz y expresar todos los recursos con los que cuenta para ser más feliz”.

Rogers, (1950) afirma que para acompañar a la persona en el proceso de autodesarrollo se manejan tres cosas primordiales: la empatía, la aceptación incondicional de la otra persona y la congruencia como terapeuta para poder mostrarse tal como es, sin máscaras.

Es la base principal para comenzar y que la diferencia de otras psicoterapias, es la creencia en la que el ser humano tiene una predisposición innata hacia el crecimiento y que todas las personas tienen dentro de sí la habilidad para mejorar su vida. (Rogers, 1950).

Rogers, postula que a función primordial del psicoterapeuta es ayudar a clarificar las emociones del cliente, ser un proveedor en el proceso de hacerlas conscientes, y aceptarlas sin interpretarlas, con respeto sincero y absoluto.

En el proceso de esta relación de ayuda se instaura un diálogo con el terapeuta donde el paciente empieza a sentirse aceptado, puesto que diga lo que diga, haga lo que haga, sólo recibe empatía y amabilidad, en lugar de consejos, diagnósticos o interpretaciones, lo que le permite al paciente irse abriendo poco a poco y sentirse más cómodo.

La terapia centrada en el paciente es idónea para aquellas personas que quieren un espacio para sí mismas y que puedan sentirse escuchadas y acompañadas con sus problemas. Cada persona tiene sus motivos para acudir a terapia, y suelen ser problemas concretos, pero para otras puede ser una forma de desarrollarse completamente. (Rogers, 1950).

Se clasifican en siete tipos de terapias humanistas que se centran en el auto-desarrollo, el crecimiento y responsabilidades. Tratan de ayudar a las personas a reconocer sus fortalezas, la creatividad y la elección en el “aquí y ahora”.

2.7.1 LA PSICOLOGÍA EXISTENCIAL O EXISTENCIALISMO.

Se ocupa de investigar la existencia humana y sus preocupaciones fundamentales. Es un enfoque terapéutico más filosófico que técnico, que fundamenta su perspectiva en las filosofías fenomenológico-existenciales. Centrándose en la condición humana en su conjunto, la terapia existencial aplaude las capacidades humanas y anima a los individuos a asumir la responsabilidad por sus éxitos.

Mediante el diálogo, identifica nuestros prejuicios y maneras de proceder en la vida. Tiene una disposición abierta hacia la situación particular del paciente y su forma de experimentar la vida. Se centra en los conflictos que surgen al enfrentarnos a un mundo que, paradójicamente, amenaza la manera particular en que nos hemos explicado nuestra propia existencia. Las dificultades emocionales y psicológicas son vistas como un conflicto interno causado por la confrontación del individuo con lo determinado por la propia existencia. En lugar de ahondar en el pasado, el enfoque existencial se centra en el aquí y ahora, la exploración de la condición humana en su conjunto y lo que significa para un individuo. (Rogers, 1950).

2.7.2 LA TERAPIA GESTALT (MENTE, CUERPO Y ALMA).

Es a una forma de psicoterapia que se deriva de la escuela de pensamiento Gestalt. Fue desarrollado a finales de 1940 por Fritz Perls y se guía por el principio de la teoría relacional que cada individuo es un todo (mente, cuerpo y alma).

El enfoque se centra en gran medida de la auto-conciencia y el “aquí y ahora” (lo que está sucediendo). En la Terapia Gestalt, la conciencia de uno mismo es la clave para el crecimiento personal y el desarrollo del potencial completo. El enfoque reconoce que a veces esta conciencia de uno mismo puede ser bloqueada por los patrones de pensamiento y comportamientos negativos que pueden hacer que la persona se sienta insatisfecha y descontenta. Es el objetivo de un terapeuta de la Gestalt, es promover una conciencia de sí mismo que no juzga y que permite a los clientes desarrollar una perspectiva única en la vida. Al ayudar a un individuo a ser más consciente de lo que piensa, siente y actúa en el momento presente, la terapia Gestalt da una idea de las formas en que él o ella puede aliviar sus problemas actuales y la angustia con el fin de aspirar a su máximo potencial.

2.7.3 LA TERAPIA DE LAS NECESIDADES HUMANAS.

Según Maslow, (1970), ésta terapia está enfocada en las necesidades humanas puesto que es un tipo de psicoterapia que se basa en la premisa en que los seres humanos tienen un conjunto de “necesidades básicas” innatas y si estas necesidades no son satisfechas, la angustia psicológica puede aparecer. Los médicos creen que estas necesidades se han

perfeccionado a lo largo de miles de años y hemos construido los recursos para ayudar a cumplir con dichas necesidades.

Cuando estos recursos no funcionan y uno o más de las necesidades no se cumplen, entonces se puede sufrir psicológicamente. Al ayudar a los individuos establecen cuáles de estas necesidades no se están cumpliendo, los practicantes de la Terapia Centrada en el Cliente pueden pasar a diseñar estrategias de esta manera se puede satisfacer estas necesidades. Las ideas detrás de este enfoque han ido evolucionando de forma lenta pero progresiva dentro de la psicoterapia. (Maslow, 1970)

2.7.4 LA TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE.

Es un enfoque humanista que se ocupa de las formas en que las personas se perciben a sí mismas conscientemente en lugar de como un terapeuta puede interpretar sus pensamientos o ideas inconscientes.

Creada en 1950 por el psicólogo estadounidense, Carl Rogers (1902 – 1987), el enfoque centrado en la persona, en última instancia afirma que los seres humanos que tienen una tendencia innata a desarrollarse hacia su máximo potencial. Sin embargo, esta capacidad puede ser bloqueada o distorsionada por nuestras experiencias de vida, en particular las que afectan a nuestro sentido de valor.

El psicoterapeuta en este enfoque funciona para entender la experiencia de un individuo desde su punto de vista. El terapeuta tiene que valorar positivamente el cliente como persona en todos los aspectos de su humanidad mostrándose abierto y genuino, esto es vital para ayudar a un individuo a que se sienta aceptado y entender mejor sus propios sentimientos, esencialmente para ayudarles a volver a conectar con sus valores internos y el sentido de la propia valía. Esta reconexión con sus recursos internos les permite encontrar su propio camino para seguir adelante. (Rogers, 1950).

2.7.5 TERAPIA CENTRADA BREVE EN SOLUCIONES.

También conocida como Terapia Breve, es un acercamiento a la psicoterapia basada en la creación de la solución en lugar de intentar profundizar en los problemas. A pesar de que reconoce los problemas actuales y las causas que los generaron, en su mayor parte explora

los recursos actuales de un individuo y sus esperanzas futuras, lo que les ayuda a mirar hacia adelante y utilizar sus propias fortalezas para alcanzar sus objetivos.

Como su nombre indica, la Terapia Breve Centrada en la Solución se considera un enfoque limitado en el tiempo, sin embargo, a la técnica se incorporan a menudo en otros tipos de terapia a largo plazo y los efectos pueden ser de más larga duración. (Shazer, & Berg, 1980).

2.7.6 EL ANÁLISIS TRANSACCIONAL (AT).

Consiste en un conjunto de herramientas conceptuales prácticas destinadas a promover el crecimiento personal y el cambio. Se considera una terapia fundamental para el bienestar y para ayudar a las personas a alcanzar su máximo potencial en todos los aspectos de la vida. En el asesoramiento de la terapia de AT, puede ser utilizada en una amplia gama de áreas e incorpora temas del humanismo, integración, el enfoque psicodinámico, e incluso terapias psicoanalíticas. A pesar de que se reconoce comúnmente como un enfoque breve y centrado en soluciones, el Análisis Transaccional también se puede aplicar como una solución a largo plazo, con un tratamiento en profundidad.

La misma fue fundada por Eric Berne a finales de 1950, la terapia de AT está basada en la teoría de que cada persona tiene tres estados del yo: padres, adultos e infantiles. Estos se utilizan junto con otras claves y conceptos de Análisis Transaccional, con ayuda de herramientas y modelos para analizar cómo las personas se comunican e identificar lo que necesitan para que la interacción ofrezca un mejor resultado. A lo largo de la terapia, el terapeuta AT trabajará directamente en el aquí y ahora, la resolución de problemas comportamientos, al tiempo que ayuda a los pacientes a desarrollar herramientas del día a día para encontrar soluciones creativas constructivas. El objetivo final es asegurar que los pacientes recuperen la autonomía absoluta sobre sus vidas.

2.7.7 LA PSICOLOGÍA TRANSPERSONAL.

También conocida como orientación Transpersonal, es un enfoque humanista de terapia que fue impulsada por el psicólogo estadounidense Abraham Maslow en la década de 1960. El término “transpersonal” significa “más allá de lo personal”, y esto refleja el

objetivo principal de la terapia, para explorar el crecimiento humano y ayudar a las personas a descubrir una profunda y más duradera forma de ser esencial, que existe más allá del ego condicionado.

El terapeuta transpersonal considera que el “yo” esencial es una combinación de lo transpersonal, lo auto-trascendente y aspectos espirituales de la experiencia humana. Todas las experiencias de la vida se consideran valiosas de poder mejorar el crecimiento, y cada individuo es tratado de acuerdo a su esfuerzo hacia una realidad superior. En última instancia, en la psicología transaccional aborda la curación y el crecimiento a través del reconocimiento de la centralidad del “yo”. Este marco puede ayudar a una amplia gama de personas, incluidos los grupos de personas, como familias y compañeros de trabajo. Se espera que los clientes de la psicología transaccional obtengan una comprensión completa de sí mismos, sus capacidades y sus relaciones. (Pons, 2013).

Utilizamos la corriente humanista en la terapia de grupo, porque lo que caracteriza a este tipo de terapia es su base vivencial, debido a que es necesario sentir la terapia para entenderla. Lo principal de la misma es buscar el bienestar del individuo, ya que no únicamente se centra en eliminar el malestar provocado en un determinado paciente, sino que también cualquier persona puede beneficiarse de la terapia y no solamente los afectados por problemas graves, enfermedades o patologías.

2.8 TERAPIA DE GRUPO.

Es una técnica en la que todos los participantes son iguales, y el terapeuta deja de poseer el rol de “persona que tiene las respuestas” y cede este papel al resto de participantes. El terapeuta se convierte en una voz más entre el resto. Esta situación de igualdad fomenta mucho la participación de las personas y el ganar seguridad en uno mismo, se han roto las jerarquías.

La meta del tratamiento es ayudar a los participantes a que comprendan su experiencia dentro del medio. Cuyos beneficios sean la mejoría en la capacidad de relación, aumento en la apreciación de la realidad, fomento de la autoestima, manejo de la agresión y disminución de síntomas.

Entre algunas de las metas de terapia de grupo se enuncian: la terapia de grupo debe tener un papel definido, además se espera que los paciente participen en terapia grupal y cooperen con otras prescripciones del tratamiento como por ejemplo asistir a otras actividades, charlas, etc., se debe respetar el tiempo y lugar de terapia de grupo.

En cuanto a las selección del paciente, se excluye de los grupos a pacientes enfermos que están demasiados confusos o desorganizados como participar, entre ellos: pacientes con deterioro cognoscitivo, pacientes con graves regresiones, pacientes incapaces de tolerar la más pequeña estimulación externa, pacientes con control tenue de impulsos que amenazan la seguridad del grupo, pacientes que exhiben autodaño extremo porque se pueden mutilar y pacientes que hacen que el terapeuta indebidamente ansioso en oposición a problemas de contratransferencia.

En lo que respecta a la preparación del paciente se incluye una introducción orientadora en la apertura de cada sesión con los siguientes elementos: establecer los límites estructurales del grupo como la hora de inicio de la reunión, duración, frecuencia de sesiones y localización, explicar a los participantes el sistema de flujo de información en la se discutirán los eventos de importancia dentro de la unidad, los participantes no discutirán información que expresan otros miembros del grupo con pacientes que no estén en el grupo, los miembros llevarán a las sesiones las discusiones externas que se vinculen con el grupo.

Para trabajar específicamente en psicoterapia de grupo para pacientes ancianos se debe tener en cuenta que los adultos mayores poseen tensiones especiales, necesitan una atención que se enfoque de manera cuidadosa en sus circunstancias vitales, el anciano promedio de más de 65 años de edad tiene al menos una incapacidad física, las pérdidas son mucho más frecuentes y existe menos tiempo de esperanza para la regeneración, la tarea de los mismos consiste en readaptarse a sus vidas, mantener la esperanza y aceptar la imagen envejecida de sí mismos en una sociedad que no valora la vejez como fuente de sabiduría y autoridad. La manera en que la terapia de grupo puede ser útil para los longevos es que reorganicen sus vidas de mejor modo, se sobrepongan a las pérdidas e incapacidades y lleguen a aceptar la muerte.

Dentro de la psicoterapia de grupo para pacientes ancianos se tiene la siguiente clasificación: psicoterapia de grupo después del retiro, grupo de manejo de duelo para viudos, terapia de grupo para ancianos con problemas de alcoholismo, terapia de grupo en instituciones, grupos de reintegración, grupos de actividad en asilos y residencias, grupo de pacientes con alzheimer y otros estados confusos. (Alonso, Swiller 1995).

CONCLUSIONES.

Como conclusión podemos decir que la depresión en los adultos mayores es algo que debe tomarse muy en serio, puesto que muchas veces ya sea porque no se conoce del tema o erróneamente creen que dicha enfermedad es algo normal cuando se va envejeciendo. Como los autores citados lo manifiestan, la depresión es un trastorno bastante frecuente en las personas mayores y se llega a un punto en que generalmente no se le da la importancia suficiente, lo cual afecta al adulto mayor puesto que no se lo trata a tiempo.

El reconocimiento oportuno, ya sea por parte de su familia o su médico particular permitirá que se realice un tratamiento inmediato y eficaz para que de esta manera se pueda mejorar la calidad de vida, además de que se pueda prevenir el sufrimiento de los mismos que esta enfermedad genera y de este modo mantener niveles óptimos de vida y una independencia sólida de los adultos mayores.

Finalmente se podría hacer un llamado, tanto a profesionales como a instituciones para que éste tema no se lo deje pasar por alto y tomar más en serio esta enfermedad, logrando que este problema no se convierta en una situación de riesgo tanto para el adulto mayor como para su familia.

CAPÍTULO 3.

3. METODOLOGÍA.

INTRODUCCIÓN.

La presente investigación se realizó en el Centro Gerontológico “Juan Pablo II” del Cantón Sigsig, perteneciente a la provincia del Azuay, el mismo es un centro de atención y cuidado ambulatorio para Personas Adultas Mayores (PAM) de 65 años en adelante.

Es un estudio descriptivo, prolectivo, transversal realizado durante los meses de octubre de 2015 hasta junio de 2016, cuyo objetivo fue determinar el nivel de depresión de los adultos mayores, para lo cual se propuso un abordaje grupal para disminuir los síntomas que padecen. El trabajo grupal consistió en la realización de doce sesiones de una hora de duración con los pacientes donde se desarrolló la investigación para nuestro proyecto de tesis.

3.1 METODOLOGÍA.

Primero se aplicó entrevistas clínicas a todos los usuarios, esta información se realizó desde el mes de octubre de 2015, fecha en la que se iniciaron las prácticas pre-profesionales en la institución hasta enero de 2016.

Después se efectuó el diagnóstico de depresión utilizando el Test de Depresión Geriátrica de Yesavage.

Más adelante se desarrolló la Terapia Grupal en doce sesiones, a un grupo compuesto por siete personas con edades comprendidas entre los 65 y 80 años.

Posteriormente se empleó un re-test para comprobar los resultados de lo aplicado.

Finalmente se diseñó una encuesta compuesta por cinco preguntas que verificaron el grado de satisfacción al concluir el estudio.

3.2 POBLACIÓN.

En el centro gerontológico “Juan Pablo II” hay un total de 45 usuarios mayores a 65 años tanto hombres y mujeres que asisten con frecuencia. La muestra estuvo formada por

un grupo de siete personas que cumplen con criterios de inclusión que se describen a continuación:

3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Se incluyó en la presente investigación a los usuarios que tengas las siguientes características:

- Tener entre 65 y 80 años.
- Hombres y mujeres.
- De cualquier religión.
- No tener deterioro cognitivo.
- Deseos de participar en la investigación.

3.2.2 CRITERIO DE EXCLUSIÓN.

Se excluyó de la presente investigación a los usuarios que tengas las siguientes características:

- Sean menores de 65 o mayores a 80 años.
- Tener deterioro cognitivo.
- No querer participar en la investigación.
- Tener discapacidad física.

3.3 INSTRUMENTOS.

Para dar inicio a la investigación se decidió realizar la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, con el propósito de encontrar resultados que proyecten un diagnóstico depresivo.

3.3.1 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos

o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico. Se trata de un cuestionario utilizado para medir la depresión en personas mayores de 65 años. Versión de 15 ítems: las respuestas correctas afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1.

Los resultados cumplen con la siguiente escala:

0 – 5	NORMAL,
6 – 9	PROBABLE DEPRESIÓN
10 o más	DEPRESIÓN ESTABLECIDA.

3.4 PLANIFICACIÓN DE LA TERAPIA.

En cuanto al curso de la terapia, las bases principales de las intervenciones grupales se realizaron mediante la aplicación de las siguientes técnicas y terapias.

3.4.1 TÉCNICAS Y TERAPIAS.

Cuadro 1. Modelo ABC.

Etapas: Modelo ABC		
Técnica ABC	Descripción	Autor
Etapa de diagnóstico	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descubrir las creencias irracionales que producen emociones o conductas contraproducentes. - Comprender cómo éstas contribuyen a los problemas del paciente. - Señalar metas realistas. <p>Tareas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Clasificar los problemas del paciente en: <ul style="list-style-type: none"> • Externos: son problemas en las (A), pueden ser derivados a otro profesional dependiendo el caso, ejemplo a un abogado respecto a problemas legales. • Internos: son problemas en (B) y (C), se tratan en primer lugar. • Mixtos: son problemas “internos” acerca de los problemas “externos”. 2. Detectar, a través del relato del paciente, sus creencias irracionales. <ul style="list-style-type: none"> • Principalmente: exigencias (deberías...), catastrófico (es terrible...), no-soportantitis (no puedo soportarlo...) y condena o auto-condena (es un gusano y soy un inútil). 3. Detectar los “problemas sobre los problemas”, o problemas secundarios. Son las ideas irracionales sobre sus problemas primarios. Ejemplo: deprimirse por estar ansioso. 	Albert Ellis

	<p>4. Establecer metas flexibles, conceptualizar el cuadro sintomático en términos ABC y comentar al paciente las opciones posibles y recomendadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajar en los problemas secundarios. • Trabajar en las “C” autodestructivas. • Trabajar en las “A”. <p>5. Explicar las bases de la TRE, poniendo como ejemplo sus propios problemas.</p> <p>6. Empezar a hacer auto-registros, ejemplo:</p> <p style="padding-left: 40px;">Al terminar esta etapa tendremos una idea clara de los principales problemas emocionales y conductuales que tiene el paciente, estableciendo un orden de prioridades para estructurar la terapia. El terapeuta y paciente se ponen de acuerdo en el orden para ser tratados los problemas. Hay que hacer un listado de problemas emocionales y conductuales en términos A-B-C.</p>	
<p>Insight intelectual</p>	<p>Tener en claro los siguientes conceptos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las creencias irracionales actuales con el principal determinante de sus problemas emocionales y conductuales. 2. Aunque se adquiriesen en la infancia, se mantienen porque siguen re- indoctrinándose en ellas. 3. Comprender qué creencias irracionales causan sus problemas (usar cuestionarios y registros). 4. Tomar conciencia de que no existen pruebas que apoyen las ideas irracionales y en cambio sí existe evidencia de mantener esas actitudes es perjudicial. 5. Auto-aceptarse aunque haya creado y siga manteniendo sus problemas. 6. Comprender que si quieren librarse de sus problemas irracionales sobre-aprendidas, han de trabajar mucho tiempo e 	

	<p>intensamente, para afianzar y mantener sus nuevas actitudes. (D) creencias alternativas y (E) consecuencias deseadas.</p> <p>Los insights son indispensables para comprender la terapia y para estar motivados a trabajar en ella. Podemos ayudarnos de grabaciones y lecturas que los explican. Ejemplo libros de bibliografía de autoayuda.</p>	
<p>Insight emocional</p>	<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear nuevas ideas racionales para actuar en contra de las creencias irracionales hasta automatizarlas, logrando así un cambio de actitudes, de creencias, emociones y conductas. • Lograr una creencia muy fuerte en que la creencia irracional es dañina y su creencia racional alternativa es sana y deseable. • Identificar los obstáculos que van surgiendo y por medio de la ayuda se puede ir superándolos. • Razonar usando la percepción y diálogos socráticos, enseñando al paciente a ser creativos en sus ideas como hipótesis a ser comprobado, y valorando así las nuevas ideas beneficiosas-racionales. • Trabajar rigurosamente para abandonar las viejas creencias irracionales y adherirse a las nuevas creencias racionales. 	

Cuadro 2. Terapia de grupo con enfoque humanista.

Mejoramiento de las relaciones interpersonales		
Técnica	Descripción	Autor
Rompe Hielo (habilidades de comunicación)	El objetivo es mejorar la comunicación personal, intercambiando palabras y comenzando así un dialogo, mediante habilidades de comunicación. Los pasos a seguir son: buscar el tema adecuado, para acercarse a la otra persona, observar al compañero y deducir un dato de interés sobre ella o él, (ejemplo: sus gustos en base a los accesorios que lleva), averiguar si la persona está en disposición para entablar una conversación. (Girodo, 2002)	Van-der Hofstadt
El auto- descubrimiento (Aquí y Ahora)	<p>Se refiere a los acontecimientos más inmediatos de la sesión terapéutica, a lo que está ocurriendo aquí (en el consultorio, en la relación del terapeuta-paciente) y ahora, en los minutos de la sesión inmediata.</p> <p>Es un enfoque ahistórico y des-enfatiza (pero no niega la importancia) la historia pasada o los acontecimientos de la vida exterior del paciente. Casi no hace falta indagar extensamente en la historia para captar la naturaleza de los patrones de mala adaptación, porque muy pronto se exhibirán claramente en el "aquí y ahora" de la sesión.</p> <p>- Supuestos básicos:</p> <p>1.- La importancia de las relaciones interpersonales. La gran mayoría de los individuos que se acercan a la terapia tienen problemas básicos en sus relaciones. La psicoterapia está dirigida a quitar los obstáculos que imposibilitan las relaciones satisfactorias.</p>	Irvin Yalom

	<p>2.- La idea de la terapia como un microcosmos social. Los problemas interpersonales del paciente se manifestarán en el "aquí y ahora" de la relación terapéutica.</p> <p>- Uno de los primeros pasos en la terapia es identificar los equivalentes de los problemas interpersonales del paciente en el "aquí y ahora": cómo saluda, cómo toma asiento, cómo inspecciona el entorno, cómo comienza y termina la sesión, cómo cuenta su historia, cómo se relaciona con sus iguales. (Irvin Yalom, 2010).</p>	
El espejo	<p>Según el Doctor Luis Rojas Marcos (2008), la autoestima es el sentimiento de aprecio o de rechazo que acompaña a la valoración global que hacemos de nosotros mismos.</p> <p>El autoconcepto es un amplio espectro de actitudes y comportamientos que forman la concepción que tenemos acerca de nosotros mismos, como una imagen total de cómo somos como personas.</p> <p>Este sentimiento es algo propio y personal, ya que cada uno construimos la imagen de nosotros mismos. En el proceso de esta construcción intervienen multitud de factores:</p> <p>- La imagen que proyecta a los demás: según como se comporta, cómo trata a la gente, etc. Los logros personales: ya sean personales, familiares o sociales.</p> <p>- El nivel de integración en el grupo: en el centro, en casa, con el grupo de sus compañeros, etc. Las cosas materiales que poseen. Cómo se relacionan con el entorno.</p>	Dr. Luis Rojas Marcos

<p>Role playing</p>	<p>El Roleplaying es una técnica que busca una recreación de los roles y de las relaciones del paciente a través de las palabras en conjunto con un contenido emocional. Todo el conjunto implica un cambio del papel real del adulto mayor a sus papeles lúdicos, donde éste puede asumir el papel de otro tomando su perspectiva, reflexionando sobre ésta y la situación vivida por él. Su objetivo se centra en la superación del egocentrismo otorgando al paciente una visión amplia y de múltiples focos de observación de la problemática.</p> <p>La técnica de Role-Play o juego de rol facilita al paciente situarse desde la perspectiva de otra persona, cambiando el papel real del participante a papeles lúdicos que vendrían a ser distintos roles que él ejecuta, permitiéndole situarse en distintos puntos de vista, lo que favorecería progresivamente a descentrarse.</p> <p>Esta técnica se basa en que cada individuo puede elegir eventos relacionados con sus experiencias internas y externas, de manera tal que los pacientes espontáneamente pueden entrar en la actuación de manera natural y con flexibilidad cambiar los escenarios y roles de manera rápida según las dificultades que presente. Por lo tanto, el Role-Play puede transformarse en experiencias vividas como reales, favoreciendo un nuevo enfrentamiento al mundo.</p> <p>Existen 6 objetivos terapéuticos del método de role-play , basados en los aportes de las investigaciones de diversos autores que son los siguientes:</p> <p>1.-Positivos efectos e interacciones entre iguales, y menos agresividad.</p>	<p>M. Gabriela Sepúlveda, Cristian Alcaíno, Gabriel García.</p>
---------------------	---	---

	<p>2.-Un incremento de las aptitudes sociales cooperativas.</p> <p>3.-El desarrollo de las habilidades sociales.</p> <p>4.-Un incremento de las conductas pro-sociales.</p> <p>5.-Una mejora en la resolución cooperativa de los problemas de relaciones.</p> <p>6.-Un incremento en conductas sociales, pro- sociales, así como una disminución de conductas evitativas y de apatía. (Sepúlveda M, Alcaíno C, García G, 2012, pag 89)</p>	
Crecimiento personal	<p>Las personas a menudo presentan carencias en el ámbito de las habilidades sociales, por carecer de ellas, del conocimiento para relacionarse de la manera adecuada dependiendo del ámbito en el que se desarrollen: hogar, interacción social, familia, etc. (Orjales, 1995).</p>	Rocío Meca Martínez
Silla vacía	<p>En esta técnica se puede encontrar recursos para el trabajo terapéutico de las proyecciones y al mismo tiempo facilitar a la persona el descubrimiento y la reintegración de sus propias proyecciones. La forma como se desarrolla este procedimiento cambia dependiendo de lo que se proyecte en la silla vacía. No es lo mismo cuando se trabaja con algún acontecimiento o con alguna persona no disponible, que cuando se trabaja algún aspecto de la propia personalidad. Con un acontecimiento, por ejemplo, la experiencia es más narrativa y descriptiva de la situación. El paciente recapitula lo sucedido y el terapeuta interviene haciendo énfasis en el sentimiento o la emoción que acompaña cada instante del evento reportado, pidiendo al paciente al mismo tiempo que se dé cuenta de lo que está sintiendo. (Prettel, s.f).</p>	Fritz Perls.

	<p>La experiencia se relaciona con imaginar a alguien significativo en una silla vacía definida previamente con esas características y decirle al paciente que le diga lo que desea en ese instante. Esta técnica sirve para transformar situaciones complejas no resueltas del pasado a una experiencia presente y verla en diferentes términos. (Sepúlveda M, Alcaíno C, García G, 2012, pag 89)</p>	
<p>Visualización y relajación muscular</p>	<p>E. Jacobson descubrió que, tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda. Jacobson argumentaba debido a que la tensión muscular acompaña a la ansiedad, uno puede reducir la ansiedad aprendiendo a relajar la tensión muscular. (Jacobson E, 1920).</p>	<p>Edmund Jacobson.</p>
<p>Carta cerrada</p>	<p>Esta técnica consiste en orientar a los miembros del grupo, a la redacción de una carta a un familiar o amigo en la que le cuenten sus vivencias personales (conocimientos adquiridos, sus impresiones y criterios etc.) que hasta ese momento se hace referencia a la situación. Después, se promueven reflexiones dentro del grupo sobre la actividad ¿Cómo se sintieron? ¿Qué piensan sobre la reacción del destinatario al recibir y leer la carta enviada? Se les dice que si alguien quisiera leer su carta puede hacerlo. Es importante lograr alguna socialización por lo que se debe incentivar a los miembros del grupo a dar lectura a su correspondencia. Si alguno no desea leer su carta no lo hace, pues es fundamental la disposición de cada uno para compartir con sus compañeros sus reflexiones. (Torres O, 1997)</p>	<p>Dr. Omar Torres</p>

<p>Anuncio clasificado</p>	<p>Se comienza con un juego que anima al grupo a participar de la experiencia. Se colocan las sillas en círculo dejando a un compañero de pie. Este dará la consigna para iniciarlo. A la voz de: “mi amigo es...” (frase que completará cada uno libremente refiriéndose a detalles del vestuario o atuendos personales, físicos y de la conducta social) todos los aludidos están obligados a permutar de asiento, ocasión que debe aprovechar el que está de pie para sentarse.</p> <p>El que se queda sin asiento vuelve a dar la consigna haciendo otra referencia. Por ejemplo: mi amigo es el que le gusta la piña. A todos los que le guste se paran y se cambian de asiento y así sucesivamente. Al cabo de 10 minutos aproximadamente se interrumpe el juego y se invita al grupo a realizar una petición seria de amigos a través de la confección de un clasificado. (Torres O, 1987).</p>	<p>Dr. Omar Torres</p>
<p>Terapia de la risa</p>	<p>Según Elías J. (2009), es una terapia complementaria o de apoyo debido a que por sí sola no puede curar. Se practica generalmente en grupo porque una de las cualidades más importantes de la risa es que es contagiosa. Dentro de la terapia existen dos partes bien delimitadas y a la vez complementarias. Por una parte, los juegos y ejercicios que hacen que la risa fluya del exterior al interior y por otra las habilidades y estrategias mentales que hacen que percibamos mejor nuestro entorno.</p> <p>La risoterapia como estrategia no se debe reducir a la práctica de ejercicios y juegos que nos hacen reír. La verdadera risoterapia es la que incide en nuestra forma de pensar con estrategias y habilidades para tener un mejor sentido del humor. Tener sentido del humor no es reírse de todo y por todo, sino aprender a percibir las cosas de la vida de una forma más alegre, más agradable y placentera para nosotros. El fin de la</p>	<p>José Elías</p>

	<p>risoterapia es acceder a una visión distinta y mejor de uno mismo, de sus propias posibilidades y del entorno.</p>	
<p>Cierre de heridas (perdonar y pedir perdón)</p>	<p>Pedir perdón y perdonar se perfilan como procesos terapéuticos importantes en la psicoterapia actual.</p> <p>El perdón es un consenso en considerar que perdonar consiste en un cambio de conductas destructivas voluntarias dirigidas contra el que ha hecho el daño, por otras constructivas. (McCullough, Worthington, y Rachal, 1997). Algunos consideran que perdonar no solamente incluye que cesen las conductas dirigidas contra el ofensor, sino que incluye la realización de conductas positivas (Wade y otros, 2008). Es preciso dejar de pensar en las conductas destructivas, pero dejar de pensar en algo voluntario y conscientemente lo único que consigue es incrementar su frecuencia (Wegner, 1994). En consecuencia, para perdonar, es preciso comprometerse, por el propio interés, con el pensamiento de querer lo mejor para esa persona, aunque sea solamente que recapacite y no vuelva a hacer daño a nadie o deseando que le vaya bien en la vida, etc. Pedir perdón es uno de los elementos fundamentales de muchas religiones movimientos espirituales (Zettle y Gird, 2008), por ejemplo, en el cristianismo. Para los cristianos, Cristo vino al mundo a perdonar los pecados de todos los hombres, ya estamos perdonados por Dios y solamente hace falta pedir perdón. La petición de perdón la ha articulado la religión católica en una serie de pasos dentro de la administración clásica del sacramento de la penitencia: examen de conciencia, dolor de corazón, propósito de la enmienda, decir los pecados al confesor y cumplir la penitencia. Siguiendo esta pauta, el proceso de pedir perdón comenzaría en una primera etapa de análisis de lo que ha pasado, de las circunstancias, motivos y</p>	<p>Dr. José Antonio García Higuera</p>

	<p>emociones que han concurrido en lo el daño que hemos hecho y de los efectos que ha causado; para pedir realmente perdón tiene que haber un arrepentimiento que incluye un dolor por el sufrimiento causado que no puede quedar solamente en palabras, sino que ha de articularse en acciones comprendidas en un plan concreto que permitan que aquello no vuelva a ocurrir y que restituyan el mal realizado. (García J, 2010)</p>	
<p>Retro-alimentación (Feedback)</p>	<p>Zeus y Skiffington (2000), definen feedback como es lo que hacemos cuando damos nuestra opinión o evaluación del comportamiento o rendimiento de alguien. Es cualquier comunicación que facilita información a otra persona acerca de nuestra percepción de los mismos y de cómo incide en nosotros su conducta.</p>	<p>Zeus y Skiffington</p>

3.4.2 EJECUCIÓN Y APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN GRUPAL (CRONOGRAMA).

Nº DE SESIÓN	FECHA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLES
Sesión 1	10 - 02 - 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Concientizar el grupo en el comienzo del proceso terapéutico, sobre sus motivaciones, expectativas, deseos, esperanzas, angustias y temores. • Establecer normas y reglas que se utilizarán dentro del proceso. • Crear unión grupal y seguridad. • Lograr un mayor acercamiento entre el equipo terapéutico y los participantes, para permitir que cada 	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica rompe hielo (presentación y conocimiento, habilidades de comunicación). • Presentación del equipo y participantes. • Se habló sobre las expectativas que todos tienen, respecto del proceso terapéutico, temores y esperanzas. • Cada uno elegirá al compañero que menos conozca y si es posible del sexo opuesto, ambos dialogarán, y hablarán ante los demás: ¿Cómo se llama? ¿Qué le gusta hacer? 	<p>Hojas. Esferos. Marcadores. Imperdibles. Sillas.</p>	<p>Jorge Anchundia R. Edwin Astudillo M.</p>

		paciente se dé a conocer.	(Durante 10 minutos) Cada dúo elegirá a otro dúo y dialogarán sobre las mismas preguntas. <ul style="list-style-type: none"> • Se elige a uno que presente a sus compañeros. Puede ampliarse la presentación. 		
Sesión 2	15 – 02 – 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar el síntoma. • Cambiar patrones de relación. • Instruir las relaciones interpersonales. • Ejercitar la habilidad, tanto del equipo terapéutico como de los pacientes en el “aquí y el ahora”. • Identificar los equivalentes de los problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación de la sesión anterior. • Dinámica: ejercicios de gimnasia física y mental. • Técnica: todo sucede en el "aquí y ahora". • Encontrar un equivalente en el "aquí y ahora" de la interacción disfuncional. • Utilizar sus propios sentimientos como información. • Recapitulación. 	Hojas. Esferos. Marcadores. Sillas.	Jorge Anchundia R. Edwin Astudillo M.

		<p>interpersonales del paciente en el "aquí y ahora".</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar los obstáculos que imposibilitan las relaciones satisfactorias. 			
Sesión 3	17 – 02 – 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el autoconcepto de los demás y de sí mismo. • Objetivarse a sí mismo en situaciones conflictivas, con la perspectiva que da el verse desde afuera. • Aceptarse y valorarse como son. • Sentir confianza y seguridad en sí mismo y sus capacidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación de la sesión anterior. • Dinámica: ejercicios de gimnasia física y mental. • Video: Eres un triunfador • Técnica del espejo: realizar una introspección y expresar que ve en el espejo cuando se mira. • Hacer preguntas a los pacientes que arrojen datos sobre cuál es la opinión de los demás y sobre ellos mismos. 	<p>Proyector. Espejo. Hojas. Esferos. Marcadores. Parlantes. Sillas.</p>	<p>Jorge Anchundia R. Edwin Astudillo M.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Hacer un conversatorio entre todos y sacar conclusiones. • Recapitulación. 		
Sesión 4	23 – 02 – 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Recreación de roles y de las relaciones del paciente a través de las palabras en conjunto con un contenido emocional. Superar el egocentrismo otorgando al paciente una visión amplia y de múltiples focos de observación de la problemática. • Facilitar al paciente la posibilidad de favorecer el cambio de conducta frente a la problemática que enfrenta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación de la sesión anterior. • Dinámica: ejercicios de gimnasia física y mental. • Video: La vida puede ponerme arrugas, pero jamás envejecerme. • Técnica del role playing. • Dialogo entre todos, para sacar conclusiones. • Recapitulación. 	<p>Proyector. Espejo. Hojas. Esferos. Marcadores. Parlantes. Sillas.</p>	<p>Jorge Anchundia R. Edwin Astudillo M.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar en la empatía y la comprensión con los demás. 			
Sesión 5	03 – 03 -2016	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un clima de confianza. • Conseguir un mayor grado de consciencia de las propias limitaciones. • Mejorar las habilidades sociales. • Detectar creencias y pensamientos limitadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación de la sesión anterior. • Dinámica: ejercicios de gimnasia física y mental. • Video: Viejos tus zapatos... yo no. • Técnica de crecimiento personal: centrarse en la práctica grupal, como un espacio de crecimiento personal desde un aprendizaje experiencial. • Dar importancia a la experiencia presente: "aquí y ahora". • Lograr que el paciente se haga responsable de sí 	<p>Proyector. Espejo. Hojas. Esferos. Marcadores. Parlantes. Sillas.</p>	<p>Jorge Anchundia R. Edwin Astudillo M.</p>

			mismo, de lo que siente, lo que piensa y lo que hace.		
Sesión 6	10 – 03 – 2016 17 – 03 – 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y modificar las creencias irracionales de los pacientes. • Lograr la expresión de sentimientos. • Disminuir los niveles de ansiedad. • Provocar catarsis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación de la sesión anterior. • Dinámica: Ejercicios de gimnasia física y mental. • Descripción de la Técnica Silla Vacía. • Ejecución de la Técnica Silla Vacía. • Expresión de sentimientos. • Recapitulación. 	Hojas. Esferos. Computadora. Parlantes. Sillas.	Jorge Anchundia R. Edwin Astudillo M.
Sesión 7	31 – 03 – 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar contracciones musculares. • Reducir los niveles de ansiedad. • Disminuir el estrés. • Lograr una relajación profunda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación de la sesión anterior. • Dinámica: Ejercicios de gimnasia física y mental adaptados a las técnica de ésta sesión. • Descripción de la técnica 	Hojas. Esferos. Computadora. Parlantes. Sillas.	Jorge Anchundia R. Edwin Astudillo M.

			<p>“visualización y relajación muscular”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejecución de la técnica. • Expresión de sentimientos. • Recapitulación. 		
Sesión 8	07- 04 – 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr expresión de sentimientos. • Identificar creencias irracionales. • Solucionar problemas no resueltos. • Disminuir los sentimientos de tristeza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación de la sesión anterior. • Dinámica: Ejercicios de gimnasia física y mental. • Descripción de la técnica “carta cerrada”. • Ejecución de la técnica. • Expresión de sentimientos. • Recapitulación. 	<p>Hojas. Esferos. Computadora. Parlantes. Sillas.</p>	<p>Jorge Anchundia R. Edwin Astudillo M.</p>
Sesión 9	14- 04 – 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar las relaciones interpersonales entre los participantes y desarrollar habilidades sociales. • Adquirir una cohesión 	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación de la sesión anterior. • Dinámica: Ejercicios de gimnasia física y mental. • Descripción de la técnica “anuncio clasificado”. 	<p>Hojas. Esferos. Computadora. Parlantes. Sillas.</p>	<p>Jorge Anchundia R. Edwin Astudillo M.</p>

		<p>grupal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lograr expresión de sentimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución de la técnica. • Expresión de sentimientos. • Recapitulación. 		
Sesión 10	21 – 04 – 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar las relaciones interpersonales entre los participantes y desarrollar habilidades sociales. • Adquirir una cohesión grupal. • Liberar tensiones. • Reducir sentimientos de tristeza. • Lograr expresión de sentimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación de la sesión anterior. • Dinámica: Ejercicios de gimnasia física y mental. • Descripción de la técnica "Terapia de la Risa (Bailo Terapia)". • Ejecución de la técnica. • Expresión de sentimientos. • Recapitulación. 	<p>Hojas. Esferos. Computadora. Parlantes. Sillas.</p>	<p>Jorge Anchundia R. Edwin Astudillo M.</p>
Sesión 11	26 – 04 – 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar creencias irracionales. • Resolver problemas emocionales. • Reducir síntomas de 	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación de la sesión anterior. • Dinámica: Ejercicios de gimnasia física y mental. • Descripción de la técnica 	<p>Hojas. Cartulinas. Marcadores. Esferos. Computadora.</p>	<p>Jorge Anchundia R. Edwin Astudillo M.</p>

		<p>ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lograr expresión de sentimientos. 	<p>“perdonar y pedir perdón” (según el modelo ABC - T.R.E).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejecución de la técnica. • Expresión de sentimientos. • Recapitulación. 	<p>Parlantes. Sillas.</p>	
Sesión 12	28 – 04 – 2016	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentar sobre el proceso. • Expresar sobre sus emociones. • Recapitular de todo lo adquirido. • Cerrar el proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación de la sesión anterior. • Dinámica: Ejercicios de gimnasia física y mental. • Video: Cuando yo ya no pueda. 	<p>Computadora. Parlantes. Sillas.</p>	<p>Jorge Anchundia R. Edwin Astudillo M.</p>

CAPÍTULO 4.

4. RESULTADOS.

CURSO DE LA TERAPIA.

4.1 CLASIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE LOS PARTICIPANTES.

Durante las diferentes entrevistas clínicas, sesiones individuales y grupales, dentro del proceso de nuestra investigación, hemos detectado en los pacientes varios problemas que aparentemente son comunes entre ellos, debido principalmente al modelo de crianza generacional transmitidos de los ancestros donde habían comportamientos agresivos de padres a hijos, pero que años atrás no eran catalogados como maltrato sino como una manera normal de funcionar un sistema familiar dentro del entorno social muy trascendental que es la población del Cantón Sigsig.

En base a un análisis en todas las sesiones del proceso de terapia de grupo hemos clasificados los problemas comunes que aquejan la salud mental y aportaron negativamente para establecer la depresión en nuestros usuarios de la siguiente manera.

4.1.1 PROBLEMAS EXTERNOS.

1. Pobreza y Analfabetismo: existe un alto grado de analfabetismo en nuestros participantes siendo este un aspecto de gran importancia, ya que la mayoría no tuvo escolaridad, y pocos cursaron la primaria. Este hecho es asociado a los bajos recursos y pobreza, y a la forma tradicional de formación familiar dentro del hogar, en una cultura que apenas se está desarrollada. Además de que existe un alto grado de trabajo infantil también hay la presencia del alcoholismo protagonizado muchas veces por el padre de familia, tornándose un problema ya no familiar sino también social.
2. Viven solos/migración: además de la migración de los hijos se incluye el abandono familiar o destierro del núcleo familiar como problemática en que los adultos M
3. mayores tienen que afrontar en su entorno social.
4. Herencias: el tema de las herencias es muy importante, influye en la vida del adulto mayor de manera positiva o negativa dependiendo del proceso de división en sus progenitores, se han encontrado casos peculiares: hijos o herederos (sobrinos,

hermanos/as, primos, etc.) que desean la muerte prematura del adulto mayor con el fin de obtener sus propiedades; hijos o herederos que no están conformes con las reparticiones de las herencias y generan intranquilidad en el adulto mayor, casos en los que los vecinos e incluso a veces los municipios se adueñan de la propiedad por la ignorancia en cuanto a la legalización de escrituras.

5. Problemas con la familia: se ha visto que existe los siguientes problemas: envidias respecto a la economía (bono solidario, jubilación al seguro campesino, herencias, etc.), falta de respeto al adulto mayor (maltrato físico y psicológico de nietos e hijos), aislamiento al adulto mayor donde no se le integra dentro de los asuntos familiares.
6. Problemas con los vecinos: a menudo se producen problemas con los vecinos acerca de linderos, muros, canales de riego, entre las propiedades aledañas, en algunos casos el adulto mayor queda vulnerable al no poder defenderse en cuanto a trámites legales provocando un sentimiento de impotencia él.

4.1.2 PROBLEMAS INTERNOS.

1. Sentimiento de soledad: unas de las características comunes entre los participantes de nuestra investigación es la soledad, que atenta contra el bienestar de nuestros mayores, provocando en ellos pocas ganas de vivir cuando se sienten solas.
2. Sentimientos de abandono: otra de las causas presentes en los pacientes son los sentimientos de abandono por parte de sus familiares, algo que se traduce en su maneras de pensar, como un estorbo tanto para su sistema familiar e incluso social, que en algunos casos podrían poner en riesgo la integridad física y mental de los pacientes llevándoles al límite del suicidio.
3. Sentimientos de inutilidad: en el capítulo uno se describen las teorías del envejecimiento donde explica que a largo de la vida de una persona se producen cambios tanto a nivel biológico como psicológico los mismos que actuando a la misma vez, una persona adulta mayor tendrá un estado de lentitud mucho mayor que cuando era joven lo que se relaciona con la falta de ánimo disminuyendo su desenvolvimiento psicosocial y familiar. Esta sería una de las causas que provocan el sentimiento de inutilidad.

4. Enfermedades o discapacidades físicas: la edad avanzada de los usuarios del centro gerontológico, conlleva a un número considerable de enfermedades y dificultades físicas, que aquejan a su bienestar obviamente físico al igual que mental, por lo que presentan angustia y baja autoestima al sentirse inútiles en una sociedad que cada día exige competitividad y eficiencia.
5. Duelo no resuelto: es otro factor que también genera depresión en los adultos mayores, comúnmente aparece luego del fallecimiento de un ser querido, y es necesario que se realice el proceso del duelo de manera correcta y saludable.
6. Inseguridad: los adultos mayores presentan mucha inseguridad respecto al futuro, al realizar o no actividades nuevas, al relacionarse con otros individuos e incluso crear una nueva relación de pareja.
7. Pérdida de memoria: hemos realizado en nuestra investigación la aplicación de un test de valoración cognitiva a nuestros participantes, cuyos resultados reflejan una marcada pérdida de memoria, incluso en las entrevistas clínicas los pacientes revelan que conforme pasa el tiempo sus recuerdos se desvanecen, se les pierden las cosas, se olvidan de las fechas, nombres, calles, etc. A pesar de que es un evento normal en la vida del adulto mayor contribuye también a la depresión.

4.1.3 PROBLEMAS MIXTOS.

A continuación enumeramos los problemas más comunes en nuestros pacientes:

1. Sentimientos de soledad.
2. Sentimientos de abandono.
3. Sentimientos de inutilidad.
4. Enfermedades o discapacidades físicas.

4.2 CREENCIAS IRRACIONALES DE LOS PACIENTES (T.R.E).

Exigencias	Resultados a corto plazo (mañana quiero estar bien).
Catastrófico	Terrible (quiero tomar veneno de ratas e irme de este mundo)
No soportantitis	No puedo sobrellevar la muerte de mi hija. No entiendo porque mi mujer me abandonó
Condena/auto condena	Lapsus de control externo. (yo no tengo la culpa, yo soy la víctima) Lapsus de control interno. (soy un inútil, por eso me dejaron)

4.3 PROBLEMAS SOBRE LOS PROBLEMAS.

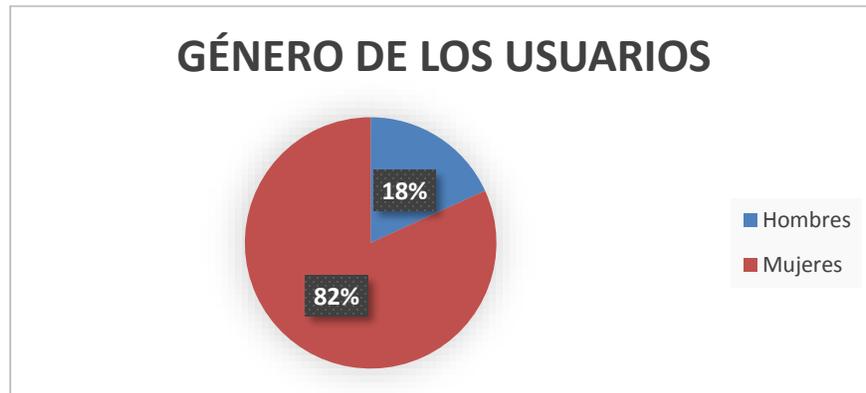
Nº paciente	Problemas secundarios
1	Yo me siento triste, porque no valgo nado soy un inútil.
2	Yo estorbo a mi familia, porque ellos se preocupan por mí.
3	No puedo dormir, porque mi enfermedad me aqueja todas las noches.
4	Al llegar a esta edad la familia se cansa de uno.
5	Soy una tonta, a pesar que Dios me da la vida todos los días.
6	Soy una carga para mi familia, por eso no me vienen a visitar.
7	Porque soy ciega, mi nuera no me quiere dar de comer.

4.4 ANÁLISIS DE RESULTADOS CUANTITATIVOS.

4.4.1 DATOS RELEVANTES DE LOS PARTICIPANTES.

Figura 2.

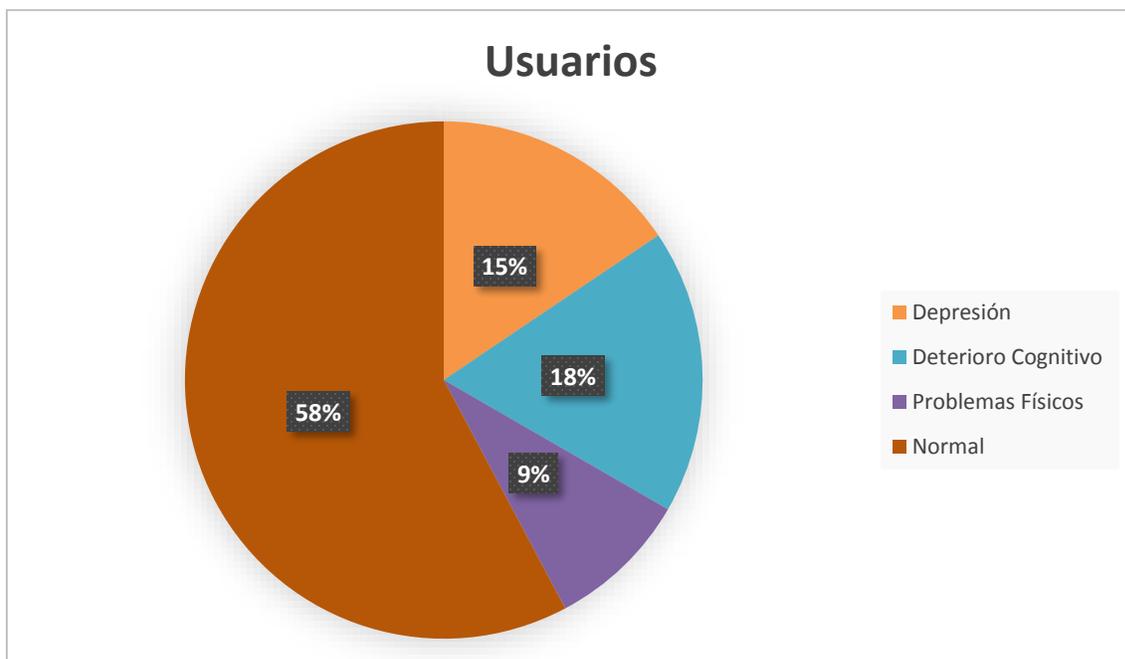
Género.



El género de los usuarios en el centro gerontológico está compuesto por un número de diez hombres (18%) y treinta y cinco mujeres (82%), demostrando así una mayor asistencia por el sexo femenino que es el grupo dominante y el que asiste con mayor regularidad.

Figura 3.

Diagnóstico de los usuarios del centro.

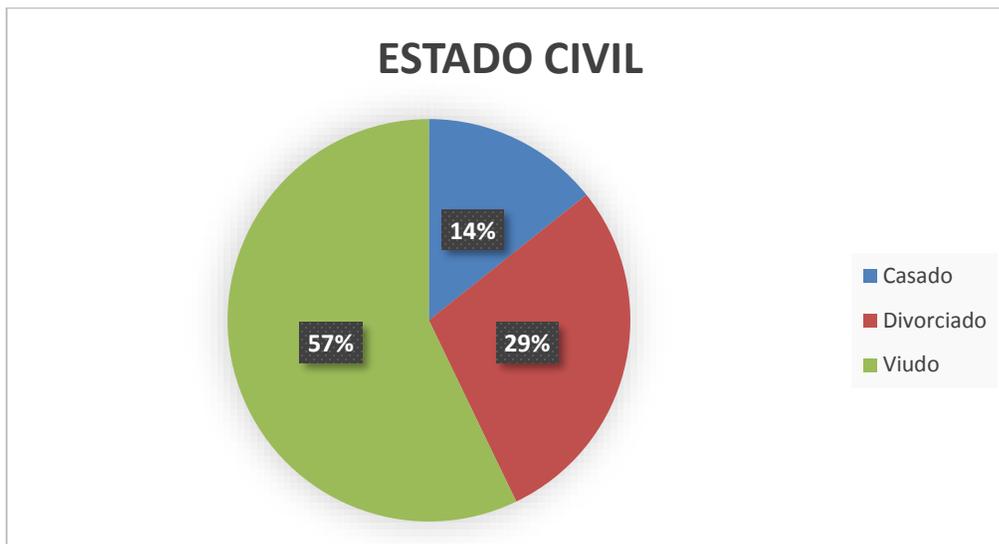


Los resultados fueron los siguientes: 58% de los usuarios presentan condiciones normales o buen estado mental y físico, mientras que el 42% restante presentan dificultades tales como: depresión 17%, deterioro cognitivo el 19% y un 15% presentan problemas físicos o discapacidades.

Estas cifras arrojaron un total de siete usuarios que obtuvieron puntajes elevados en depresión, por lo que fueron seleccionados para asistir al proceso terapéutico en un número de doce sesiones.

Figura 4.

Estado civil de los participantes en el proceso terapéutico.

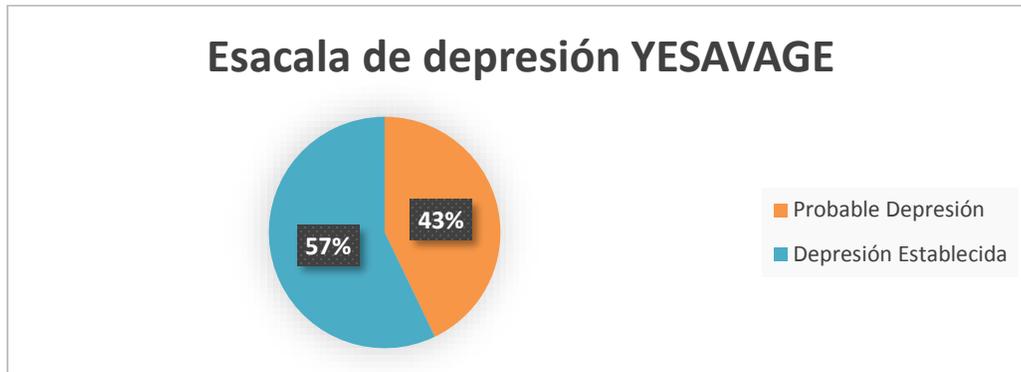


La gran mayoría de los participantes están en etapas de viudez, ya que son los que predominan demostrando de esta manera sentimientos de soledad y tristeza, seguidos de los que están divorciados y que de igual manera presentan profundos signos de angustia y aislamiento, y el restante porcentaje está casado, pero que también presentan abandono e infelicidad.

A continuación se describe los resultados obtenidos en la primera aplicación de la escala de Yesavage, donde se demostró que en los siete usuarios existe la evidencia real de que presentan síntomas de depresión, los cuales muestran puntajes altos en la prueba. Para diagnosticar la depresión se debe tener una calificación mayor a ocho. (ANEXOS)

Figura 5.

Escala de depresión geriátrica de Yesavage.



4.5 ANÁLISIS GLOBAL DE LOS PARTICIPANTES.

4.5.1 ANÁLISIS GLOBAL INICIAL.

Tabla 3. Niveles de depresión (escala de depresión geriátrica de Yesavage).

Diagnóstico Inicial	Pacientes	Puntaje
Probable Depresión	3	+8
Depresión establecida	4	+10

Los resultados nos indican que los participantes obtuvieron puntajes altos en depresión, lo que está demostrado en la tabla 3, mediante el cual fueron seleccionados para el proceso terapéutico, puesto que además cumplían con de los criterios inclusión y exclusión.

En base a la escala de depresión geriátrica de Yesavage se evidenció que un 57% presenta una depresión establecida y el restante 43% tiene una probable depresión, demostrando que los pacientes escogidos mostraban una patología en un nivel elevado, los que posteriormente iniciaron el proceso terapéutico y de esta manera mejorar su calidad de vida. (ANEXOS)

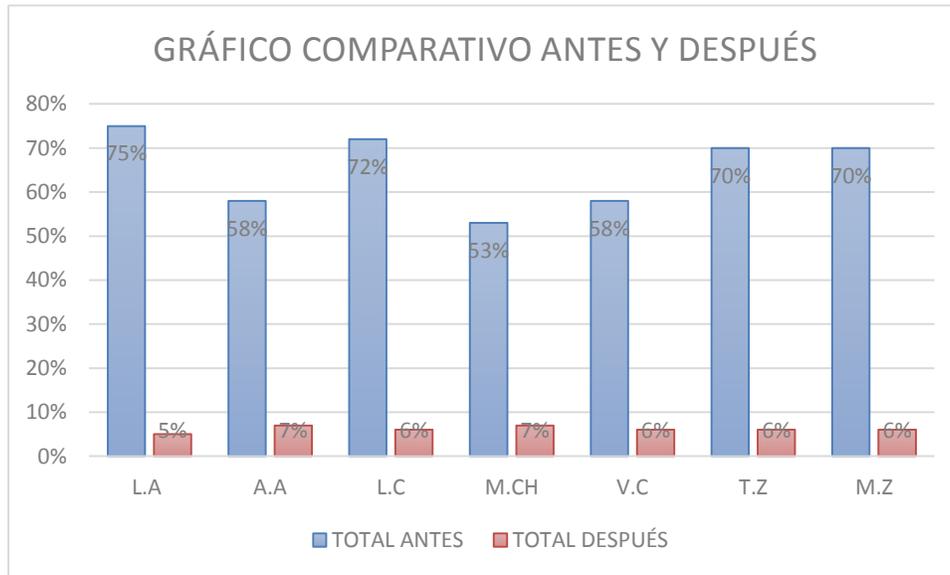
4.5.2 ANÁLISIS GLOBAL FINAL.

Tabla 4. Niveles de depresión (escala de depresión geriátrica de Yesavage).

Diagnóstico Final	Pacientes	Puntaje
Eliminación de síntomas depresivos	7	-5

Figura 7.

Diagnóstico final de los pacientes.



La aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage al comienzo y al final, dio como resultados positivos, eliminando de esta manera síntomas y bajando los niveles de depresión después de que asistieron al proceso terapéutico. Se evidenció que los objetivos de la terapia fueron satisfactorios, debido a que los resultados mostraron puntajes inferiores a cinco puntos, indicando así una mejoría en los participantes. (ANEXOS)

Para finalizar se elaboró una encuesta, cuyo objetivo fue demostrar la validez de la investigación, mediante cinco preguntas cerradas sobre el proceso terapéutico, estructuradas con dos ítems: Si (1) y No (0), dándonos un margen de resultado entre 0 y 5 puntos. Además esta encuesta se utilizó para medir el cambio de la situación anterior a la actual. (ANEXOS).

4.6 ANALISIS DE RESULTADOS CUALITATIVOS.

Las técnicas que fueron utilizadas en cada una de las sesiones del proceso de terapia de grupo para la depresión en adultos mayores fue documentada y elaborada en base a un análisis de información de las metodologías ya descritas que son: la Terapia Racional Emotiva (TRE) y la Terapia Humanista enfocada al grupo, logrando de esta manera tener evidencias de lo realizado, contado con hojas de registros de asistencias de los pacientes y las aplicaciones del test y re-test de la escala de Yesavage. Las doce sesiones con sus objetivos, actividades y evolución están explicadas en la parte de ANEXOS.

CONCLUSIONES.

En este capítulo se reflejan varios aspectos que se relacionan con el objetivo de nuestra investigación como prioridad fue aplicar una terapia de grupo en pacientes adultos mayores con depresión y demostrar en base a sus resultados la validez de las técnicas utilizadas.

Respecto a los resultados que se relacionan con la T.R.E cuyas creencias irracionales más comunes en los pacientes fueron: “soy un inútil”, “me quiero morir”, “no valgo para nada” etc. Se logró un cambio en tales creencias a pensamientos realistas como: “no soy un inútil, simplemente es la etapa normal que cada persona debe cumplir, y que a mi edad tengo limitaciones pero no incapacidad para seguir viviendo”.

Luego de clasificar los problemas más comunes con los participantes y al analizarlos con ellos mismos, tomando en cuenta las bases de la teoría humanista, se logró fomentar positivamente el auto concepto de cada paciente.

4.7 CONCLUSIONES GENERALES.

El presente trabajo se efectuó en el Centro Gerontológico “Juan Pablo II”, perteneciente al cantón Sígsig de la provincia del Azuay, y recibe a usuarios desde los 65 años en adelante. Se realizó un estudio orientado hacia la obtención de información sobre el estado actual de las personas adultas mayores y aportar datos estadísticos al centro para elaborar un plan terapéutico.

A nivel psicológico se ha realizado entrevistas clínicas, aplicación de test, talleres y charlas, además se ha desarrollado terapias psicológicas tanto individuales como grupales, se han abordado varios temas pero no se han enfocado en la depresión, que es un trastorno frecuente en esta edad.

Durante nuestra estancia atendimos un total de 45 usuarios detectando un número de siete personas con depresión, de los cuales fueron incluidos para la terapia de grupo y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión propuestos para este trabajo. Cabe mencionar, que anteriormente no se ha realizado en el Centro Gerontológico Juan Pablo II, un estudio sobre la problemática propuesta.

En nuestra estadía como pasantes en el centro, hemos detectado un alto índice de depresión en los adultos mayores, además esta población presenta varios problemas de salud, que les impide movilizarse o trabajar con normalidad y que no les permite tener un ritmo normal de vida a los que estaban acostumbrados, siendo en el cantón Sígsig la principal actividad el confeccionamiento de sombreros de paja toquilla, la agricultura y ganadería, ya que son sus únicas alternativas para poder subsistir a diario, esto les incapacita realizar sus movimientos tanto dentro como fuera del hogar. Hay mucho temor en ellos de no poder realizar estas tareas y quedarse en la calle o no tener que comer, por ello tienen una constante preocupación al sentirse incapaces de hacer cosas que antes lo hacían con facilidad y normalidad, teniendo mucho malestar e inconformidad con sus limitantes físicas.

Existe un alto grado de analfabetismo en los usuarios del centro, siendo éste un aspecto de gran importancia, debido a que la mayoría no tuvo escolaridad y pocos cursaron la primaria. Este hecho es asociado a los bajos recursos y a la forma tradicional de formación familiar dentro del hogar, en una cultura que apenas se está desarrollando. Además de que existe un alto grado de alcoholismo protagonizado muchas veces por el padre de familia, tornándose un problema ya no familiar sino también social.

Por lo tanto, este estudio pretendió lograr una mejor calidad de vida para los usuarios diagnosticados con depresión, tratando de sobrellevar de una manera positiva el tratamiento, mejorando así la situación actual que atraviesa la persona.

En su mayoría los pacientes atendidos tienen episodios de soledad debido a la pérdida de seres queridos como esposo o esposa, alejamiento de los hijos a causas de varios factores provocados en muchos de los casos por la migración, compromisos y matrimonios, trabajos lejanos, etc.

Así mismo al realizar el trabajo de terapia de grupo fue una herramienta valiosa para que se desarrollen habilidades motrices, memoria y socialización, por lo que ayudó a mejorar la calidad de vida de los participantes que fueron diagnosticados con depresión.

Cuando exploramos el estado mental de las personas adultas mayores, pudimos comprobar que el trastorno de depresión, es el más concurrente entre los usuarios cuyos síntomas concuerdan con los nombrados tanto en el DMS-V y CIE-10, dándonos una línea de estudio definida a una problemática evidente, en un ambiente compuesto por personas adultas.

Se considera que este tema es importante porque hay varias personas que padecen depresión, debido a situaciones emocionales críticas, además durante la primera entrevista clínica de rutina, ya se detectó varias personas con síntomas de la enfermedad, especialmente mujeres. El tener un diagnóstico permitió que los usuarios sean incluidos en un proyecto de terapia de grupo, para obtener resultados positivos en cuanto a su problema actual, ya que en esta edad afrontan situaciones tales como la soledad, abandono, maltrato, abuso y negligencia intrafamiliar, nidos vacíos (duelos, separaciones).

Al llegar a esta etapa de desarrollo, debemos ser conscientes de que los adultos mayores ya no tienen las mismas capacidades para afrontar ciertas habilidades, por lo que debemos ser pacientes con ellos, comprenderlos y tenerles consideración, ya que han sido un ejemplo de superación al llegar hasta esta edad a pesar de haber afrontado muchas adversidades en sus vidas, por lo que debemos ser reflexivos y darnos cuenta que nosotros los jóvenes algún día también llegaremos a esa edad, del mismo modo debemos entenderlos y ser pasivos con las personas de la tercera edad, para que puedan tener una buena última etapa de la vida y disfruten sus días de “jubilados”, sin apremios ni marginaciones por parte de la sociedad.

RECOMENDACIONES.

La principal recomendación para el centro gerontológico sería que se debe crear un plan de seguimiento con el objetivo de prevenir recaídas depresivas en los adultos mayores, ya que con una autoestima frágil se podría deteriorar su estado de salud tanto física como mental y si se lo realiza constantemente se podrá prevenir que los mismos se sientan abandonados.

Así como también hemos notado la importancia de incluir a la familia, amigos, vecinos y todas las personas que influyen en la vida del paciente, puesto que los adultos mayores sienten que no son comprendidos y no tienen la confianza de expresar sus emociones y con

la ayuda de las personas nombradas anteriormente se podrá tener una red de apoyo para elevar y fortalecer el autoestima y además promover la solidaridad para así mejorar las relaciones interpersonales, además crear programas de visitas domiciliarias con el fin de averiguar el estado de salud físico y mental de los adultos mayores que dejan de asistir al centro gerontológico.

También realizar periódicamente entrevistas clínicas a los adultos mayores, más o menos cada tres meses, con el propósito de investigar la salud mental actual de todos los usuarios del centro gerontológico “Juan Pablo II” y así crear eventos donde se incluya la participación de la sociedad con los adultos mayores para potenciar un envejecimiento positivo, activo y saludable, fomentando trato y cuidado al adulto mayor.

Finamente la tercera edad es una época de descanso, reflexión y de oportunidades pero que lamentablemente el proceso de envejecimiento no es tan simple o no tan agradable puesto que al envejecer se podrá sufrir de pérdidas de amigos y seres queridos, además presentan una incapacidad para participar en actividades que antes disfrutaban y esto dará como resultado una carga pesada para sus familiares, los mismos presentarán emociones negativas como es la tristeza, ansiedad, soledad y una baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y al abandono, por lo tanto se recomienda al centro como a los familiares que sean conscientes de las limitaciones físicas que presentan los mismos, al igual que deben alentar a los longevos a emprender nuevas actividades para desarrollar su máximo potencial en etapa que se está viviendo.

Otra forma de ayudar al adulto mayor con depresión es respetando a los mismos, ya que son dóciles a los cambios de estilo de vida, pueden ser reacios a adoptar nuevos hábitos o hacer cosas que otras personas de su edad disfrutaban mucho.

Y por último es necesario su reintegración para que continúen conectados con la realidad emocional familiar, por ejemplo con la participación en tareas cotidianas y eventos importantes, así mismo con una integración social puede enriquecer la vida del adulto mayor y esto les permitirá estar abierto a nuevas amistades y pasatiempos, por lo tanto en el centro deben continuar con las actividades y talleres para así demostrar que no hay edad para ser creativo, ambicioso y emprendedor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Álvarez, V. I. M. y Colaboradores: Educación de adolescentes y jóvenes. Ejercicios para el diseño y desarrollo de currículos. Material en soporte digital. Universidad Central de Las Villas. Facultad de Ciencias Sociales y Humanísticas. Departamento de Psicología, 1996.

Aguilar, S. (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias. México: Med Mex.

Aguilar, M. J.: Técnicas de animación grupal.
<http://enfenix.webcindario.com/profweb/cultura/tecgrup.phtml>

Alonso, Swiller. (1995). Psicoterapia de grupo en la práctica clínica. México D.F: El Manual Moderno S.A de C.V.

American Psychiatric Association (apa). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.

Anne Alonso , Hillel Swiller . (1995). Psicoterapia de grupo en la práctica clínica. México D.F: El Manual moderno, S.A de C.V.

Arcas, J. (2004). Espacio personal Arcas. Obtenido de Feed Back o retroalimentación - Herramientas de Coaching :
<http://www.jesusarcas.com/01d6f794210bf430b/01d6f7948008cd701/01d6f7948008e3207/>

Arreola, P. A. (s.f.). Psicología Online. Obtenido de Teorías y Técnicas del Humanismo:
<http://www.psicologia-online.com/articulos/2009/09/TeoriasTecnicasHumanismo.shtml>

Ávila-Funes, MDI, II; Efrén Melano-Carranza, MDIII; Hélène Payette, PhDII; Hélène Amieva, PhDIV. (2007). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Salud Pública de México, vol.49, 5.

Boeree, D. C. (s.f.). Psicología Online . Obtenido de PSICOLOGIA GENERAL:
<http://www.psicologia-online.com/ebooks/general/terapia-cliente.html>

- Boeree, D. R. (2003). Teorías de la Personalidad . Obtenido de <http://webspace.ship.edu/cgboer/rogersesp.html>
- Castanedo, O. P. (s.f.). Codeh Gestalt. Obtenido de Centro de Desarrollo Humano: <https://prettel.files.wordpress.com/2007/03/la-silla-vacia.pdf>
- Chapman, D. (2008). Depression as a mayor component of public health for older adults. Texas: Chronic Dis .
- Cloninger, S. C. (2003). Teorías de la personalidad. Obtenido de <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/teorias-de-la-personalidad-susan-cloninger.pdf>
- Demory, B.: Técnicas de creatividad. Ediciones Granica, S.A. Barcelona, España, 1997.
- Dominguez, J. (15 de 06 de 2012). Sura. Obtenido de <http://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/depresion-comun-adulto-mayor.aspx>
- Espejo, A. (s.f.). Psicoactiva mujerhoy.com. Obtenido de La Teoría de las Necesidades Humanas de Abraham Maslow: <http://www.psicoactiva.com/blog/la-teoria-las-necesidades-humanas-abraham-maslow/>
- Gómez, R. (s.f.). Centre Londres 94 Psiquiatría- Paidopsiquiatría. Obtenido de Psicoterapia de grupo, principios básicos y aplicaciones: http://www.centrelondres94.com/files/PSICOTERAPIA_DE_GRUPO_PRINCIPIOS_BASICOS_Y_APLICACIONES.pdf
- Gómez, S. (21 de febrero de 2012). Dinámicas rompe hielo. Obtenido de <http://buscarempleo.republica.com/formacion/dinamicas-rompe-hielo.html>
- Gtz, M. L. (3 de junio de 2009). Apuntes de Psicoterapia Gestalt. Obtenido de <http://gestalt-terapia.blogspot.com/2009/06/aqui-y-ahora.html>
- Guerri, M. (s.f.). Psicoactiva mujerhoy.com. Obtenido de La Terapia de las Necesidades Humanas: <http://www.psicoactiva.com/blog/terapia-de-las-necesidades-humanas/>

- Guerri, M. (s.f.). Psicoactiva mujerhoy.com. Obtenido de La Psicoterapia Existencial, el enfoque más filosófico de la psicología: <http://www.psicoactiva.com/blog/la-psicoterapia-existencial-el-enfoque-mas-filosofico-de-la-psicologia/>
- Guerri, M. (s.f.). Psicoactiva mujerhoy.com. Obtenido de Clasificación y tipos de Terapias Humanistas: <http://www.psicoactiva.com/blog/las-terapias-humanistas/>
- Higuera, D. J. (28 de 12 de 2010). psicoterapeutas.com. Obtenido de Perdonar y pedir perdón: <http://www.psicoterapeutas.com/Tratamientos/perdon.html>
- inteligente, W. d. (s.f.). Psicoactiva mujerhoy.com. Obtenido de Terapia Breve Centrada en Soluciones: <http://www.psicoactiva.com/blog/terapia-breve-centrada-en-soluciones/>
- Licencia, P. d. (2013). Psicología hoy. Obtenido de Psicología, apuntes de psicología: <http://www.psicologiahoy.com/tecnica-de-la-silla-vacia/> recuperado el 2 de julio del 2015
- Llanes, W.: Folleto de Técnicas de Dirección. (Centro de Estudios de Técnicas de Dirección) Ciudad de La Habana. S/E y S/A/E.
- M. y Romero, M. I.: Coordinación de grupos (Colección Educación Popular de Cuba). Editorial Caminos. Ciudad de La Habana, Cuba, 2003.
- Martínez, R. M. (2012). Fundacioncadah.org. Obtenido de <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tecnica-del-espejo-para-mejorar-autoconcepto-autoestima-afectados-tdah.html>
- Martínez, R. M. (s.f.). Fundacioncadah.org. Obtenido de TDAH y habilidades sociales: dinámicas de conocimiento: <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-y-habilidades-sociales-dinamicas-de-conocimiento.html>
- Medline Plus. (9 de 02 de 2014). Obtenido de <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001521.htm>
- Milano, A.: Analice y tome decisiones. Ediciones Granica, S.A. Barcelona, España. 1992.
- MORENO, J. L. (1966-1984). Psicoterapia de Grupo y Psicodrama. Obtenido de <http://temasdepsicoterapia.blogspot.com/p/tecnica-de-el-espejo.html>

- Munch, G.: Fundamentos de administración. Trillas, México 1991.
- Navarro, F.: Integración de equipos en medicina. En Revista Emprendedores Num.94 Julio-Agosto 2005.
- Pardo Andreu, Gilberto. (2003). Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 22(1) Recuperado en 30 de mayo de 2016
- Peña Solano, D. M., María Isabel, H. D., & Calvo Gómez, J. M. (2009). DEPRESIÓN EN ANCIANOS. Revista De La Facultad De Medicina, 57(4) Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1677568095?accountid=36552>
- Pons, M. G. (2013). Clasificación y tipos de Terapias Humanistas. PsicoActiva, 50-62.
- Regader, B. (1989). Psicología y Mente. Obtenido de La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson: <https://psicologiaymente.net/desarrollo/teoria-del-desarrollo-psicosocial-erikson#!>
- Reyes, Carlos Alberto. (2011). Envejecimiento normal. Revista Estomatología, Vol. 03 no. 01, 15.
- Regader, B. (1989). Psicología y Mente. Obtenido de Psicología educativa y del desarrollo- La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson: <https://psicologiaymente.net/desarrollo/teoria-del-desarrollo-psicosocial-erikson>
- Rodríguez, L. A.: ¿Cómo aprender a trabajar en equipos? <http://www.gestiopolis.com/canales5/rrhh/coaprequi.htm>, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México, 1983.
- Segura-Cardona, Cardona-Arango, Segura-Cardona y Garzón-Duque. (2012). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. . Rev. salud pública, v17n2, 6.
- Senge P.: La quinta disciplina, Granica, México, 1998.
- Silk, S. (s.f.). American Psychological Association. Obtenido de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx>

- Swiller. (1995). Psicoterapia de grupo en la práctica clínica. México D.F: El Manual Moderno S.A de C.V.
- Tomas, U. (23 de Abril de 2015). EL PSICOASESOR. Obtenido de La técnica terapéutica del Role-playing: <http://elpsicoasesor.com/la-tecnica-terapeutica-del-role-playing/>
- Torres, O.: Técnicas para el trabajo grupal. Impresión ligera para la maestría en Inteligencia, Creatividad y Talento del Instituto Central de Ciencias Pedagógicas de Cuba. Universidad Autónoma de Morelos. Cuernavaca, México, 1997.
- Ulises, T. (23 de Abril de 2015). EL PSICOASESOR. Obtenido de <http://elpsicoasesor.com/la-tecnica-terapeutica-del-role-playing/>
- Yurina, M. V. (2011, Jun 13). Suicidio entre ancianos es preocupante. La Opinión Retrieved from

ANEXOS

ANEXO 1

CENTRO GERONTOLÓGICO DIURNO MUNICIPAL DE SIGSIG

FICHA N°9

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

NOMBRE Y APELLIDO DEL ADULTO MAYOR: Luis Gerardo Alvarez Brito

Nº		SI	NO
1	¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2	¿Ha abandonado muchas de sus actividades en intereses?	1	0
3	¿Nota que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5	¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6	¿Tiene miedo que le pase algo malo?	1	0
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11	¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12	¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13	¿Se encuentra lleno/a de energía?	0	1
14	¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15	¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0
	PUNTAJE TOTAL	12	

NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE: Edwin Astudillo [Firma]

FECHA: (DÍA, MES Y AÑO) 13-10-2015

ANEXO 2

FICHA N° 9c TEST DE LA CLÍNICA MAYO
CENTRO GERONTOLÓGICO DIURNO MUNICIPAL JUAN PABLO II
VALORACIÓN COGNITIVA

NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO Luis Gerardo Alvarez Brito

1.- ORIENTACIÓN

Nombre: Luis Alvarez	Edad: 75	
Dirección: Loma Larga	Ciudad: Sigsig	3
Provincia: Azuay	Año 2015	8 PUNTOS
Día: Martes 13 Mes: Octubre		

2.- ATENCIÓN

Repetir los dígitos hasta el 7 en orden ascendente 7 PUNTOS 7

3.- APRENDIZAJE (Se da que repita 4 palabras)

Sr. López / Manzana / Limosna / Túnel / 4 PUNTOS 3

4.- CÁLCULO ESCRITO (Se pide a la persona que haga las siguientes operaciones)

11	65	13	58/2=	2
+9	-7	*5		
210				4 PUNTOS

5.- SEMEJANZAS: (en qué se parecen)

Plátano/naranja / perro/gato / mesa/armario / 3 PUNTOS 3

6.- INFORMACIÓN

¿Quién es el presidente actual? / ¿El anterior? /
 ¿Cuántos días tiene el año? /
 ¿Qué es una isla? / ¿Qué es el azadón? / ¿Qué es el machete? / 4 PUNTOS 4

7.- CONSTRUCCIÓN (dibuje)

Un reloj y ponga los números el horero y el minuterero en las 11:10 2 PUNTOS 1

ANEXO 3

Informe Psicológico

Sesión N° 1

Fecha: 10 de febrero de 2016.

Responsables: Jorge Anchundia R.

Edwin Astudillo M.

Objetivos:

- Concientizar al grupo en el comienzo del proceso terapéutico, sobre sus motivaciones, expectativas, deseos, angustias y temores.
- Establecer normas y reglas que se utilizarán dentro del proceso.
- Crear unión grupal y seguridad.
- Lograr un mayor acercamiento entre el equipo terapéutico y los participantes, para permitir que cada paciente se dé a conocer.

Actividades.

- Dinámica rompe hielo (presentación y conocimiento, habilidades de comunicación).
- Presentación del equipo y participantes.
- Hablar sobre las expectativas que todos tienen, respecto del proceso terapéutico.
- Elegir a un compañero que menos conozca y si es posible del sexo opuesto, ambos dialogarán, y hablarán ante los demás: ¿Cómo se llama? ¿Qué le gusta hacer? (Durante 10 minutos) Cada dúo elegirá a otro dúo y dialogarán sobre las mismas preguntas.
- Elegir a una persona que presente a sus compañeros.

Evolución.

Los participantes se reunieron en la sala principal, muchos demostraron estar temerosos y algo nerviosos, por el desconocimiento sobre el proceso que se iba a realizar, se efectuó la presentación del equipo terapéutico, además se expusieron los objetivos del proceso, el

establecimiento de normas y reglas que se darán a conocer cada vez que se inicie una nueva sesión. De igual manera los asistentes nos dieron su punto de vista sobre el proceso terapéutico, después se les dio a conocer que todo lo tratado dentro de terapia de grupo será de total confidencialidad, así de este modo se mostraron más confiados y despreocupados de hablar más abiertamente de temas delicados.

Posteriormente se hizo la dinámica “rompe hielo” (habilidades de comunicación), acción que se realizó con normalidad, debido a que los participantes se sintieron más cómodos y tranquilos, se mostraron interactivos, más serenos y con ánimos para realizar la actividad, fortaleciendo la unión grupal entre ellos, ya que algunos participantes no se conocían pese a verse todos los días en el centro y no sabían cómo se llamaban o que les gustaba hacer, se pudo evidenciar un ambiente grupal ameno.

Observaciones.

Los participantes manifestaron que se sintieron más cómodos acorde avanzaba la sesión, debido a que perdieron el miedo a abrirse al dialogo, incluso un paciente dijo lo siguiente: “hoy le conocí más a la compañera, a pesar de vernos todos los días en el centro no sabía cuál era su nombre, y donde vivía”, lo que les ayudo a interactuar de una manera más activa en su entorno social.

Informe Psicológico

Sesión N° 2

Fecha: 15 de febrero de 2016.

Responsables: Jorge Anchundia R.

Edwin Astudillo M.

Objetivos:

- Aliviar el síntoma.
- Cambiar patrones de relación.
- Instruir las relaciones interpersonales.
- Ejercitar la habilidad, tanto del equipo terapéutico como de los pacientes en el "aquí y el ahora".
- Identificar los equivalentes de los problemas interpersonales del paciente en el "aquí y ahora".
- Eliminar los obstáculos que imposibilitan las relaciones satisfactorias.

Actividades.

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Dinámica: ejercicios de gimnasia física y mental.
- Técnica: Todo sucede en el "aquí y ahora".
- Encontrar un equivalente en el "aquí y ahora" de la interacción disfuncional.
- Utilizar sus propios sentimientos como información.
- Recapitulación.

Evolución.

Esta sesión se inició con la lectura de los objetivos y metas planteadas para el desarrollo satisfactorio del proceso terapéutico con la participación de los adultos mayores. Seguidamente se llevó a cabo una retroalimentación sobre la sesión anterior: rompe hielo

(habilidades de comunicación). Luego se realizó los ejercicios de gimnasia física y mental para liberar tensiones y crear una predisposición en los participantes. Posteriormente procedimos a identificar los equivalentes de los problemas interpersonales de los adultos en el "aquí y ahora": cómo saludó, cómo tomó asiento, cómo inspeccionó el entorno, cómo comenzó la sesión, cómo contó su historia y cómo se relacionó con sus iguales.

Después cada miembro contó el motivo por el que está en el grupo, se los animó a reconocer lo que cada uno piensa del otro y los avances conseguidos. Inmediatamente se desplazó el enfoque desde fuera hacia dentro, desde lo abstracto hacia lo específico, lo genérico a lo personal, se formó subgrupos e hicimos que se miraran a los ojos, que se centren en lo positivo, convertir comentarios de algún miembro en algo afectivo para el entorno. Se logró que el grupo viva el momento, además se les incentivó a que regresen sobre sí mismos, sobre su misma historia y también para examinar lo que está sucediendo dentro del grupo en ese momento. Se les dio las facilidades para que se mantengan enfocados en el aquí y el ahora, pero a la vez que no se pierdan de los acontecimientos que han vivido y experimentado a lo largo de sus vidas. De igual manera se interpretó el contenido no verbal y tratar de entender "el como dice las cosas el paciente" y no tanto "lo que está diciendo". Se esclareció lo que el grupo necesita: más unión, estrechar o fortalecer los lazos de amistad entre ellos, mayor confianza y crear un vínculo afectivo entre todos. Además aclaramos que el pasado es una herramienta útil para el aquí y el ahora, explicando que el pasado existe y que solo importa como parte de la realidad actual, los recuerdos y hechos pasados quedaron atrás, y que a veces es útil el pasado para darse cuenta de que decisiones son las correctas y cuáles no, por lo tanto ahora son solo fantasías, y respecto al futuro es una algo irreal y que también es de utilidad cuando se lo asume como una prueba nada más, y que solamente deben basarse en el presente para ser conscientes de aquello que pueda suceder en un futuro.

Observaciones.

Los participantes manifestaron que centrarse en el momento por el que atraviesan les ayudó a reflexionar sobre como tomar decisiones acertadas de ahora en adelante y no adoptar medidas precipitadas, ya que en su juventud no tenían la suficiente madurez como

para realizar acciones enfocadas en algo positivo y que a la postre les hizo arrepentir, por lo que actualmente lo siguen lamentando, como fue el caso de un participante que dijo: “si no hubiese dejado a mi hija que vaya a ese lugar, a lo mejor hoy estuviese viva”.

Informe Psicológico

Sesión N° 3

Fecha: 17 de febrero de 2016.

Responsables: Jorge Anchundia R.

Edwin Astudillo M.

Objetivos:

- Mejorar el autoconcepto de los demás y de sí mismo.
- Objetivarse a sí mismo en situaciones conflictivas, con la perspectiva que da el verse desde afuera.
- Aceptarse y valorarse como son.
- Sentir confianza y seguridad a sí mismos.

Actividades.

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Dinámica: ejercicios de gimnasia física y mental.
- Video: Eres un triunfador.
- Técnica del espejo: realizar una introspección y expresar que ve en el espejo cuando se mira.
- Hacer preguntas a los pacientes que arrojen datos sobre cuál es la opinión de los demás y sobre ellos mismos.
- Hacer un conversatorio entre todos y sacar conclusiones.
- Recapitulación.

Evolución.

Esta sesión se inició con la lectura de los objetivos y metas planteadas para el desarrollo satisfactorio del proceso terapéutico con la participación de los adultos mayores. Seguidamente se llevó a cabo una retroalimentación sobre la sesión anterior: “el aquí y el

ahora”. Luego se realizó los ejercicios de gimnasia física y mental para liberar tensiones y crear una predisposición en los participantes. Posteriormente se realizó la técnica del espejo (mejorar autoconcepto y autoestima), acción que se desarrolló con normalidad, muchos de ellos se sintieron a gusto con el tema propuesto, debido a que no se ven con frecuencia en un espejo, demostraban alegría, asombro, y hasta risas porque decían que estaban desarreglados/as.

Se les preguntó:

- ¿Cuándo se mira en el espejo se ve guapo/a?
- ¿Piensa que tiene cosas buenas que aportar a los demás? ¿Cuáles?
- ¿Cree que le gusta a sus compañeros, amigos y familiares tal y cómo es?
- ¿Qué cambiaría de su apariencia?
- ¿Cuándo se siente y se ve bien, se siente más seguro/a de sí mismo/a?

A lo que respondieron con situaciones positivas y que cosas deben mejorar tanto en su apariencia física como estado mental, conforme pasaba el tiempo se fueron dando cuenta que eran personas muy valiosas para la sociedad, y dejaron los prejuicios que tenían de sus propios hijos y de la gente que al ser personas de la tercera edad eran inservibles e inútiles para desarrollar tareas del hogar o fuera de este. Se mostraron felices y manifestaron que ellos pueden hacer muchas cosas, aclarando que ya no como cuando eran jóvenes debido a sus limitaciones físicas, pero que si pueden valerse por sí mismos y no necesitar ayuda de los demás en cosas tan cotidianas.

Al final expresaron su agradecimiento, ya que la técnica les hizo dar cuenta que tienen un espacio dentro de la sociedad y que aún pueden dar mucho tanto para sí mismos como a los demás.

Observaciones.

Los pacientes manifestaron su agrado por el desarrollo de la actividad, por lo que se mostraron agradecidos y querían que se vuelva a repetir lo realizado, dijeron que pueden sacar fuerzas para seguir adelante a pesar de las adversidades que tenían como: limitaciones físicas y otros por enfermedades que los aquejaban.

Informe Psicológico

Sesión N° 4

Fecha: 23 de febrero de 2016.

Responsables: Jorge Anchundia R.

Edwin Astudillo M.

Objetivos:

- Recrear roles y de las relaciones del paciente a través de las palabras en conjunto con un contenido emocional.
- Superar el egocentrismo otorgando al paciente una visión amplia y de múltiples focos de observación de la problemática.
- Facilitar al paciente la posibilidad de favorecer el cambio de conducta frente a la problemática que enfrenta.
- Trabajar en la empatía y la comprensión con los demás.

Actividades.

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Dinámica: ejercicios de gimnasia física y mental.
- Video: La vida puede ponerme arrugas pero jamás envejecerme.
- Técnica del role playing.
- Dialogo entre todos, para sacar conclusiones.
- Recapitulación.

Evolución.

Esta sesión se inició con la lectura de los objetivos y metas planteadas para el desarrollo satisfactorio del proceso terapéutico con la participación de los adultos mayores. Seguidamente se llevó a cabo una retroalimentación sobre la sesión anterior: técnica del espejo. Luego se realizó los ejercicios de gimnasia física y mental para liberar tensiones y

crear una predisposición en los participantes. Posteriormente se realizó la técnica del role playing, aflorando la capacidad del paciente tanto de actuar, como de tomar decisiones que realizaría en una determinada situación, pero no de él mismo sino de la persona que está representando. De igual manera se los motivó para promover un clima de confianza entre ellos y puedan realizar la técnica con mayor facilidad, también se preparó la dramatización, indicándolos cuál es el conflicto que ellos quieren recrear, que personajes intervendrán y qué situación se va a dramatizar.

Se continuó con la dramatización, asumieron el rol protagónico y prepararon el argumento adecuado, tratando de encontrar un diálogo que evidencie el conflicto que presentan. Finalmente se debatió y analizó sobre lo interpretado, dando valor a los diferentes momentos de la situación planteada, se hizo preguntas sobre el problema dramatizado y se pidió a los pacientes que representaron el conflicto, den sus opiniones y puntos de vista de cómo se sintieron al asumir el rol que les tocó interpretar.

Observaciones.

Los pacientes expresaron que se sintieron incómodos al comienzo, ya que interpretaron roles de situaciones que nunca antes las habían pasado, logrando de esta manera reflexionar que hay problemas mucho peores de los que ellos han tenido que afrontar.

Informe Psicológico

Sesión N° 5

Fecha: 3 de marzo de 2016.

Responsables: Jorge Anchundia R.

Edwin Astudillo M.

Objetivos:

- Crear un clima de confianza.
- Conseguir un mayor grado de consciencia de las propias limitaciones.
- Mejorar las habilidades sociales.
- Detectar creencias y pensamientos limitadores.

Actividades.

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Dinámica: ejercicios de gimnasia física y mental.
- Video: Viejos tus zapatos... yo no.
- Técnica de crecimiento personal: centrarse en la práctica grupal, como un espacio de crecimiento personal desde un aprendizaje experiencial.
- Dar importancia a la experiencia presente: "aquí y ahora".
- Lograr que el paciente se haga responsable de sí mismo, de lo que siente, lo que piensa y lo que hace.

Evolución.

Esta sesión se inició con la lectura de los objetivos y metas planteadas para el desarrollo satisfactorio del proceso terapéutico con la participación de los adultos mayores. Seguidamente se llevó a cabo una retroalimentación sobre la sesión anterior: técnica del role playing. Luego se realizó los ejercicios de gimnasia física y mental para liberar tensiones y crear una predisposición en los participantes. Acto seguido se realizó la técnica

del crecimiento personal, esta práctica se basó en la escucha y auto-observación que los ayudó a descubrir en qué áreas fluyen más como personas y en cuales se bloquean. Se conocieron más a sí mismos, descubriendo sus fortalezas y virtudes así como también sus debilidades y limitantes.

De esta manera, sacaron a relucir virtudes que creyeron desaparecidas en ellos con el pasar de los años, pero que aún los pueden desarrollar, como fue el caso de que todavía podían seguir realizando sus tejidos de sombreros, ya que esto lo hacían desde niños inculcados por sus padres para poder mantener el hogar, don que pensaron que no podían hacer por sus capacidades reducidas ya sea por sus enfermedades, limitantes físicas o económicas, además destacaron las fortalezas tanto individuales como grupales de sus compañeros, debido a que tenían más confianza y se conocían más, por lo que enfatizaron de forma positiva la labor de sus iguales en el centro gerontológico.

Observaciones.

Los participantes relataron que van a poner más empeño en cosas que ya habían dejado de hacer y además les gustaba realizar, debido a que se dieron cuenta y reflexionaron que aún tienen la capacidad para hacer cosas que dejaron de hacer con el pasar del tiempo, pero ahora con un poco más de dedicación y paciencia si lo van a poder lograr.

Informe Psicológico

Sesión N° 6

Fecha: 10 de marzo de 2016 – 17 de marzo de 2016.

Responsables: Jorge Anchundia R.

Edwin Astudillo M.

Objetivos:

- Identificar y modificar las creencias irracionales de los pacientes.
- Lograr la expresión de sentimientos.
- Disminuir los niveles de ansiedad.
- Provocar catarsis.

Actividades.

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Dinámica: ejercicios de gimnasia física y mental.
- Descripción de la técnica silla vacía.
- Ejecución de la actividad.
- Expresión de sentimientos.
- Recapitulación.

Evolución.

Esta sesión se inició con la lectura de los objetivos y metas planteadas para el desarrollo satisfactorio del proceso terapéutico con la participación de los adultos mayores. Luego se llevó a cabo una retroalimentación sobre la sesión anterior: crecimiento personal. Posteriormente se llevó a cabo la descripción de la técnica de la silla vacía, con la finalidad de resaltar su utilidad en nuestra investigación. Se indicó a los participantes colocar sus asientos en forma circular alrededor de dos sillas situadas en el centro. Seguidamente se

procedió a la ejecución de dicha técnica la cual se dividió en dos sesiones debido al factor tiempo.

Observaciones.

Todos los miembros del grupo participaron en la técnica de manera voluntaria con el procedimiento en tres diferentes formas dependiendo el caso de cada participante, una situación o acontecimiento (de naturaleza traumática o perturbadora), una persona no disponible (como un asunto inconcluso con aquella persona que no está presente) o un aspecto de la propia personalidad (puede incluir una necesidad o discapacidad que interfiera en la personalidad del paciente). A continuación se detallan tres casos que ejemplifican las diferentes formas de procedimiento de la técnica.

- 1) Se escogió al primer paciente al azar, donde se le solicitó colocarse en frente de la silla vacía, e informó que desearía resolver un aspecto de su propia personalidad, en este punto el paciente declaraba tener sentimientos de tristeza al pensar que es un inútil diciendo “no valgo nada, no sirvo para nada”; en base a esta creencia irracional se desarrolló la técnica como una proyección de su propio self. El participante informó que no acepta haber envejecido, y se frustra al no poder colocarse su vestimenta, cocinar o bañarse correctamente, sus palabras fueron “cuando me quiero poner la camisa no puedo porque mi brazo izquierdo me duele mucho e incluso a veces me la pongo al revés, cuando voy al baño y me siento ya no puedo pararme y también me ensucio cuando tengo que limpiarme, ya no puedo cocinar, todo se me quema sin embargo no necesito ayuda de mis hijos, ellos tienen sus propias familias a quien atender y no quiero que se preocupen por mí”. Se logró identificar las emociones y sentimientos, mediante insight intelectual y emocional, haciendo que él/ella tome conciencia debido a su incapacidad física, la cual interfieren en su propia vida haciéndolo/a sentir una persona inútil y sin valor. En ese momento la terapia ayudó a que se mire así mismo/a y escuche lo que no ha querido escuchar, se logró una auto-aceptación, se explicó al paciente que la incapacidad de realizar ciertas cosas que hace un tiempo atrás eran fáciles de hacer se deben al proceso normal y natural del envejecimiento por el cual está atravesando y que no es la única persona que siente lo mismo, pero que tiene la oportunidad de

buscar alternativas necesarias para resolver su conflicto como por ejemplo solicitar la ayuda de sus hijos quienes desean ayudarlo y atenderlo.

- 2) El segundo caso trata sobre una persona no disponible, específicamente un asusto inconcluso con una hija fallecida que aquejaba la vida del paciente, se le enseñó que si bien la persona ya no existe físicamente, está presente en su realidad psicológica, se utilizó la imaginación para rellenar la presencia de la hija ausente en la silla vacía. Se le solicitó cerrar los ojos y describir el físico, la edad (25 años), color de cabello (castaño), color de piel (blanca), color de ojos (verdes), etc. Con estos detalles se dio forma a la persona ausente y se le solicitó al paciente hacer contacto para comunicarse directamente con ella creando un diálogo donde hubo expresión de sentimientos, petición de perdón, y despedida entre el paciente y su hija. El participante informa inmediatamente sentirse libre y aliviado al haber descargado sus sentimientos.
- 3) El tercer caso trata sobre una situación o acontecimiento traumático que interfiere en la vida del paciente, a la que se le solicita proyectar el acontecimiento y narrarlo describiendo lo que sucedió, “mi ex marido me golpeaba siempre que estaba borracho, el último golpe que me acuerdo hizo que me desmayara y cuando desperté ya no tenía vista”, la paciente había sufrido agresión física por varios años por parte de su ahora fallecido ex-esposo lo que ocasionó la pérdida de la capacidad visual. Conjuntamente con la paciente se la incita a tomar conciencia que lo que ella vivió ya pasó y que esto interfiere en su vida. Se solicita resignificar este acontecimiento que si bien ya es pasado al afrontar el presente, se tiene una vida por delante, un nieto a quien guiar en su desarrollo y buscar nuevas alternativas para la superación personal y aumento de autoestima.

Informe Psicológico

Sesión N° 7

Fecha: 31 de marzo de 2016.

Responsables: Jorge Anchundia R.

Edwin Astudillo M.

Objetivos:

- Eliminar contracciones musculares.
- Reducir los niveles de ansiedad.
- Disminuir el estrés.
- Lograr una relajación profunda.

Actividades.

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Dinámica: Ejercicios de gimnasia física y mental adaptados a la técnica de ésta sesión.
- Descripción de la técnica: “visualización y relajación muscular”.
- Ejecución de la técnica.
- Expresión de sentimientos.
- Recapitulación.

Evolución.

Esta sesión se inició con la lectura de los objetivos y metas planteadas para el desarrollo satisfactorio del proceso terapéutico con la participación de los adultos mayores. Luego se llevó a cabo una retroalimentación sobre la sesión anterior: técnica de la silla vacía. Posteriormente se llevó a cabo la descripción de la técnica visualización y relajación

muscular con la finalidad de resaltar su utilidad en nuestra investigación. Seguidamente se procedió a la ejecución de la dicha técnica dando a los pacientes las siguientes instrucciones en número singular: imagine que va caminando por un prado de hierba muy verde situado entre altas montañas nevadas, fíjese en las montañas a su alrededor, son muy altas, y vea como contrasta el blanco de la nieve con el intenso color azul del cielo, es medio día y encima de usted brilla un sol muy radiante y luminoso, mire el verde de la hierba, el blanco de nieve de las montañas y el azul del cielo, la temperatura en ese lugar es muy favorable, no hace ni frío ni calor y sopla una agradable brisa templada que roza delicadamente sobre la piel de su cara, al caminar nota, ya que va descalzo, el suave roce de la hierba bajo las plantas de sus pies, puede percibir el tacto de la hierba algo húmedo y fresco, va muy despacio deleitándose de todo lo que ve y siente a su alrededor, tiene una gran sensación de tranquilidad y paz, oye el canto de los pájaros y lo ve a su alrededor, fíjese ahora en las plantas, hierbas y flores que hay a su alrededor, hay pequeñas flores de colores muy vivos, blancas, amarillas, anaranjadas, azules, acérquese a olerlas, corte una flor y llévela a la nariz, huelga su aroma mientras se concentra en el olor de sus pétalos, siga caminando muy despacio, sin ninguna prisa, disfrutando del paseo, mire los riachuelos de agua que bajan de las montañas formando pequeños arroyos, donde las aguas saltan, corren formando pequeñas cascadas y tranquilas pozas, concéntrese hasta que escuche el murmullo del riachuelo, ahora se va a acercarse a un arroyo y va a agacharse e introducir sus dos manos unidas en el agua para recogerla y beber, sienta el frescor del agua en sus manos, diríjelas a su boca y beba, sienta el agua fresca, pura, limpia y cristalina entrando en el interior de su cuerpo, esa agua revitaliza a todo su organismo y se siente lleno de salud y bienestar, siga su paseo y fíjese en una pequeña planta de menta, acérquese y corte algunas hojas, mástíquelas y perciba el fuerte sabor a menta en su paladar, concéntrese hasta notarlo con total nitidez, finalmente va a buscar un sitio en ese lugar donde poderse tumbar cómodamente, tumbese y descansa, cierre los ojos y perciba los ruidos, los olores, la temperatura y descansa profundamente, muy profundamente. Para finalizar se les solicitó a los participantes volver al punto de inicio y abrir lentamente los ojos.

Observaciones.

Los pacientes expresaron sentimientos de tranquilidad e informaron sentirse más relajados, la mayoría expresaron ya no tener tensiones y que desearían repetir la técnica más seguido.

Informe Psicológico

Sesión N° 8

Fecha: 07 de abril de 2016.

Responsables: Jorge Anchundia R.

Edwin Astudillo M.

Objetivos:

- Lograr expresión de sentimientos.
- Identificar creencias irracionales.
- Resolver problemas no resueltos.
- Disminuir los sentimientos de tristeza.

Actividades.

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Dinámica: Ejercicios de gimnasia física y mental.
- Descripción de la técnica: carta cerrada.
- Ejecución de la técnica.
- Expresión de sentimientos.
- Recapitulación.

Evolución.

Esta sesión se inició con la lectura de los objetivos y metas planteadas para el desarrollo satisfactorio del proceso terapéutico con la participación de los adultos mayores. Luego se

llevó a cabo una retroalimentación sobre la sesión anterior: visualización y relajación muscular. Posteriormente se llevó a cabo la descripción de la técnica carta cerrada, con la finalidad de resaltar su utilidad en nuestra investigación. Seguidamente se procedió a la ejecución de la dicha técnica dando a los pacientes las siguientes instrucciones en número singular: Redacte una carta a un familiar o amigo y escriba lo que es importante para usted, lo que quiere expresarle o lo que no pudo decirle en ese momento, además también si desea puede narrar un acontecimiento importante o despedirse de alguien. Se solicitó a cada participante informar cómo se sintió al momento de redactar la carta y se alentó para a un voluntario para que lea en voz alta lo redactado por él.

Observaciones.

Los pacientes manifestaron sentirse bien y tranquilos luego de realizar la técnica, todos decidieron colocar sus cartas cerradas en un tacho de metal y quemarlas para concluir el proceso.

Informe Psicológico

Sesión N° 9

Fecha: 14 de abril de 2016.

Responsables: Jorge Anchundia R.

Edwin Astudillo M.

Objetivos:

- Aumentar las relaciones interpersonales entre los participantes y desarrollar habilidades sociales.
- Adquirir una cohesión grupal.
- Lograr expresión de sentimientos.

Actividades.

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Dinámica: Ejercicios de gimnasia física y mental.
- Descripción de la técnica “Anuncio Clasificado”.
- Ejecución de la técnica.
- Expresión de sentimientos.
- Recapitulación.

Evolución.

Esta sesión se inició con la lectura de los objetivos y metas planteadas para el desarrollo satisfactorio del proceso terapéutico con la participación de los adultos mayores. Luego se llevó a cabo una retroalimentación sobre la sesión anterior: carta cerrada. Posteriormente se llevó a cabo la descripción de la técnica del anuncio clasificado, con la finalidad de resaltar su utilidad en nuestra investigación. Seguidamente se procedió a la ejecución de la dicha técnica, se solicitó a los participantes colocar las sillas en círculo dejando a un compañero de pie, el cual dio la consigna para iniciar diciendo: “necesito un amigo que tenga las virtudes de puntualidad, respeto, valentía y amistad, ofrezco a cambio mi confianza, mi lealtad y mi apoyo firma: Gerardo A., pueden localizarme en el Centro Gerontológica Juan Pablo II. Gracias”. Posteriormente cada participante realizó la técnica de la misma manera, compartiendo con el grupo sus anuncios clasificados.

Observaciones.

Esta técnica permitió ampliar las relaciones interpersonales entre los participantes de nuestra investigación, se logró fortalecer la cohesión del grupo y crear un ambiente de alegría. Se expresaron sentimientos de los participantes, aflorando sus virtudes y destacando la importancia en su vida diaria.

Informe Psicológico

Sesión N° 10

Fecha: 21 de abril de 2016.

Responsables: Jorge Anchundia R.

Edwin Astudillo M.

Objetivos:

- Aumentar las relaciones interpersonales entre los participantes y desarrollar habilidades sociales.
- Adquirir una cohesión grupal.
- Liberar tensiones.
- Reducir sentimientos de tristeza.
- Lograr expresión de sentimientos.

Actividades.

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Dinámica: Ejercicios de gimnasia física y mental.
- Descripción de la técnica terapia de la risa (bailo terapia).
- Ejecución de la técnica.
- Expresión de sentimientos.

- Recapitulación.

Evolución.

Esta sesión se inició con la lectura de los objetivos y metas planteadas para el desarrollo satisfactorio del proceso terapéutico con la participación de los adultos mayores. Luego se llevó a cabo una retroalimentación sobre la sesión anterior (anuncio clasificado). Primero se realizó los ejercicios de gimnasia física y mental para liberar tensiones y crear una predisposición en los participantes. Posteriormente se llevó a cabo la descripción de la técnica: terapia de la risa (bailo terapia), con la finalidad de resaltar su utilidad en nuestra investigación. Seguidamente se procedió a la ejecución de dicha técnica, se solicitó a los participantes colocarse en parejas heterogéneas: dos grupos de dos y un grupo de tres personas por afinidad, se colocó una canciónailable y motivante (Celia Cruz: “la vida es un carnaval”) y se dio la consigna que bailen con sus parejas pero de la manera más relajada sin importar lo que piensen los demás y haciendo mímicas, una vez concluida la canción se alentó a los participantes a tomar asiento y expresar como se sintieron mientras realizaban la técnica.

Observaciones:

Se logró de manera exitosa el objetivo de la terapia de la risa, una paciente informo: “hace mucho tiempo no me reía tanto”, otro paciente dijo: “me duele el estómago de tanta risa”.

Informe Psicológico

Sesión N° 11

Fecha: 26 de abril de 2016.

Responsables: Jorge Anchundia R.

Edwin Astudillo M.

Objetivos:

- Identificar creencias irracionales.
- Resolver problemas emocionales.
- Reducir síntomas de ansiedad.
- Lograr expresión de sentimientos.

Actividades.

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Dinámica: Ejercicios de gimnasia física y mental.
- Descripción de la técnica perdonar y pedir perdón (según el modelo ABC - T.R.E).
- Ejecución de la técnica.
- Expresión de sentimientos.

- **Recapitulación.**

Evolución.

Esta sesión se inició con la lectura de los objetivos y metas planteadas para el desarrollo satisfactorio del proceso terapéutico con la participación de los adultos mayores. Luego se llevó a cabo una retroalimentación sobre la sesión anterior: terapia de la risa (bailo terapia). Primero se realizó los ejercicios de gimnasia física y mental para liberar tensiones y crear una predisposición en los participantes. Posteriormente se llevó a cabo la descripción de la técnica: perdonar y pedir perdón (según el modelo ABC - T.R.E), con la finalidad de resaltar su utilidad en nuestra investigación. Seguidamente se procedió a la ejecución de dicha técnica de la siguiente manera:

- a) A cada participante se le entregó una hoja en blanco y esferos para que escriban una situación que tenga relación en un contexto de perdón en cualquiera de los dos sentidos: necesidad de perdón o necesidad de perdonar conjuntamente con la creencia de esa necesidad y además describían las consecuencias.
- b) A continuación se les entregó una nueva hoja donde escribieron un debate sobre la creencia a la necesidad de perdonar o de ser perdonado, se les hizo preguntas para ayudarlos a descubrir la falsedad de su creencia irracional que fueron las siguientes: ¿Cómo saben ustedes que sus hijos no los quieren perdonar? ¿Qué consecuencias obtienen por no saber perdonar?
- c) Para finalizar se entregó a cada participante cartulinas de varios colores y se les ordenó escribir en ellas siete desventajas y siete ventajas de mantener las creencias irracionales respecto al perdón y por último se les hizo escoger la mejor alternativa para la solución al problema.

Observaciones.

Se logró el objetivo de la terapia ABC, cada participante escogió la alternativa positiva refutando la creencia irracional. La mayoría decidió optar por el perdón hacía algún familiar o amigo que en el pasado le ofendió y una paciente decidió dejar a un lado su

orgullo y pedir disculpas a su compañera por haber realizado un comentario de mal gusto en días anteriores.

Informe Psicológico

Sesión N° 12

Fecha: 28 de abril de 2016.

Responsables: Jorge Anchundia R.

Edwin Astudillo M.

Objetivos:

- Retroalimentar sobre el proceso.
- Expresar sobre sus emociones.
- Recapitular de todo lo adquirido.
- Cerrar el proceso.

Actividades.

- Retroalimentación de la sesión anterior.
- Dinámica: Ejercicios de gimnasia física y mental.
- Video: Cuando yo ya no pueda.

Evolución.

La última sesión se inició con la lectura de los objetivos y metas que se alcanzó durante todo el proceso terapéutico, después se hizo la retroalimentación sobre el desarrollo del mismo. Seguido se realizó la expresión de sus emociones y que sintieron a lo largo de proceso, dejándose notar su total satisfacción con lo realizado por el equipo terapéutico, y pesar porque se finalizó las sesiones debido a que se acostumbraron a realizar las terapias.

Posteriormente se realizó la recapitulación de lo adquirido en el proceso, por lo que cada uno de los presentes dio sus puntos de vista sobre lo aprendido, mencionando su complacencia y compromiso para llevar a cabo lo logrado en terapia y de esta manera aplicarlo en su vida diaria tanto en su entorno familiar como social.

Finalmente de este modo agradecieron al equipo terapéutico por todo el trabajo realizado durante el transcurso de tiempo que duró el proceso, concluyendo con un pequeño homenaje hacia los presentes.

ANEXO 4

Sesión 1



Sesión 2



Sesión 3



Sesión 4



Sesión 5



Sesión 6



Sesión 7



Sesión 8



Sesión 9



Sesión 10



Sesión 11



Sesión 12



ANEXO 5

TERAPIA DE GRUPO PARA LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES

CENTRO GERONTOLÓGICO JUAN PABLO II ENCUESTA

NOMBRE DEL ADULTO MAYOR: Luis Alvarez Buito

Nº	Pregunta	Si (1)	No(0)
1	¿Fue de su satisfacción el haber participado en Terapia Grupal?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Se redujeron sus síntomas de depresión?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Las técnicas aplicadas fueron de su agrado?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Usted aplicará en su vida diaria, lo aprendido en terapia?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Desearía volver a recibir terapia grupal en el futuro?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Total	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>