



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

**UNA ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO
DE LA DEPRESION EN ANCIANOS
INSTITUCIONALIZADOS**

COI
31921
AG
1987-1

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

CARMEN AGUILAR BARAJAS



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

I Z T A C A L A

TESIS DONADA POR
D.G.B. UNAM PARA EL
TRATAMIENTO DE LA DEPRESION
EN
ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

CARMEN AGUILAR BARAJAS

1 9 8 7

A G R A D E C I M I E N T O S

Quiero dar las más sinceras gracias a todas aquellas personas que me ayudaron para lograr la aceptación del desarrollo de la investigación en el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) dentro de la Casa-Hogar "VICENTE GARCIA TORRES".

¡ GRACIAS POR HABERME DADO LA OPORTUNIDAD !

También mil gracias al personal de la casa-hogar que me aceptó y me apoyó en la realización del trabajo. Muy especialmente al Director FRANCISCO HIGUERA BALLESTEROS, a las Psicólogas PATRICIA ORTIZ y ENRIQUETA RAMOS, y a las Gericulturistas LUCIANA MATIAS, BERTHA BAROJA, DAYDE ORTIZ, ITALIA SALAS, LILIA RODRIGUEZ y a MA. ANGELICA DE LA ROSA.

¡ ESPERO QUE LOS HALLAZGOS PUEDAN SER UTILIZADOS !

Igualmente pero con mi mayor admiración y respeto, agradezco a las personas que fueron los pacientes, porque este trabajo es un testimonio más de sus vidas, y espero que pueda beneficiar a muchos más.

¡ HOY, TODAVIA PODEMOS HACER MUCHO, EL MAÑANA, NO SABEMOS SI LLEGARA !

Y A TI ROCIO

Porque tu disposición en el momento oportuno es lo que cuenta más que todo, por lo tanto también considera como una parte de tu vida ésta experiencia que has querido compartir conmigo.

¡ NO ES AMIGO EL QUE SE DICE, SINO EL QUE LO ES !

Todo tiene un comienzo y al transcurrir su curso tiene que pasar una diversidad de obstáculos y logros, que sólo se valoran al final.

Hoy se concluye una etapa e inicia otra, pero el valor de la anterior se prolongará, para que el día de mañana la otra sea nuevamente más valiosa que la que se concluyó.

Las vidas y experiencias de quienes nos han precedido su valor han rendido, más cómo conocerlo si ni siquiera lo buscamos, y cuando lo encontramos pasa inadvertido.

Muchas personas han caminado conmigo en algún momento de mi vida, no escribo los nombres por que tal vez fallaría, sólo les digo que éste es el testimonio de un trabajo con muchos devenires pero que al fin concluyó. Gracias en primer lugar, a quien me ha permitido llegar a éste momento, y en segundo lugar, a quienes han colaborado en la formación de mi vida PERSONAL, FAMILIAR, EMOCIONAL y PROFESIONAL Ya que con el contacto que que establecimos de alguna manera influyeron para que ésta inquietud pudiera realizarse.

!!! GRACIAS A TODOS !!!

I N D I C E

Página

IZT. 1000314

INTRODUCCION	(1)
CAPITULO 1 ASPECTOS GENERALES DE LA VEJEZ	
Definición, Clasificación y Teorías...	(5)
Aspectos Biológicos	(7)
Aspectos Psicológicos	(9)
Aspectos Sociales	(12)
CAPITULO 2 TRANSTORNOS PSICOLOGICOS EN EL ANCIANO	
Clases, Características y Estadísticas	(17)
En relación a la adaptación del ambiente institucional	(21)
CAPITULO 3 DEPRESION	
Aspectos Teóricos	(24)
Evaluación y Tratamiento	(27)
Postura Teórica de la Investigación ..	(33)
CAPITULO 4 M E T O D O	
GRUPO DE ESTUDIO	
A) Características ambientales, biológicas, Psicológicas y Sociales de la Población	(35)
B) Selección de Sujetos	(38)
C) Características Biológicas,Psicológicas y Sociales de la muestra seleccionada	(39)
MATERIALES	(40)

PROCEDIMIENTO

D) Descripción del Tratamiento

Terapia Cognitiva	(42)
Terapia Conductual	(46)
Terapia Cognitivo-Conductual	(50)
Grupo Control	(50)
Programa de Generalización y de Seguimiento	(51)

CAPITULO 5 R E S U L T A D O S

Grupo # 1	(54)
Grupo # 2	(62)
Grupo # 3	(74)
Grupo # 4	(80)

CAPITULO 6 DISCUSION Y CONCLUSION

(88)

APENDICE

ANEXOS	(98)
--------------	-------

BIBLIOGRAFIA	(121)
--------------------	-------

I N T R O D U C C I O N

Tal vez muy poco se ha investigado en materia de Gerontología y Geriatria, más aún en Psicogeriatría en países como el nuestro, pero es de vital importancia que se analicen dichas cuestiones en éste momento en que la mayoría de nuestra población es joven, para que en el momento oportuno se tengan las opciones más realistas para tales situaciones.

Este trabajo solo representa una inquietud llevada a la práctica, como una tentativa para el análisis de una cuestión que parece muy compleja, pero que está reclamando ser indagada con una urgente necesidad de resultados que puedan llevarse al lugar y momentos requeridos.

A continuación se bosqueja la ubicación de este trabajo, así como la justificación y finalidad que persigue, esperando que cualquiera que sea su resultado provea de información que pueda dar pauta a la toma de una actitud dentro del ambito de la psicología.

Uno de los varios aspectos que incluyen el campo de estudio de esta ciencia, es el clínico, dentro del cual puede ser que se elaboren proyectos de investigación básica ó aplicada en función de algún problema específico.

En el presente caso, se expone una investigación realizada dentro del campo clínico en el área aplicada, que a pesar de carecer del control experimental riguroso como en el caso del laboratorio, nos muestra la realidad de los hechos y eventos que se suscitan por ejemplo en una institución, lugar donde se requieren medidas acordes y coherentes que vayan en función de lo que sucede y que realmente puedan aplicarse en éste tipo de ambientes.

Así pues, la variedad y especificidad de los problemas clínicos que pueden presentarse en una institución deben ser analizados, tomando en cuenta la unificación de todos los elementos que entran en juego, para que el paciente o los pacientes que presenten algún problema en particular, sean sometidos a la acción terapéutica que realmente sea factible y funcionable de acuerdo a su estado actual.

En el caso de la Depresión como alteración psicológica ampliamente analizada a través de varias corrientes teóricas, nos proyecta en primer instancia que

el paciente no se encuentra en una relación funcional dentro de su ambiente y que dicha situación puede conducirlo hacia otros problemas o la complicación de éste, y lo que es aún más lamentable, obstaculizar ya sea el desarrollo de las potencialidades del paciente, o la realización de aptitudes que lo proyecten hacia el plano de su equilibrio y la relación óptima con su ambiente.

Es por esto que se eligió la situación vivida por las personas alojadas en una Casa-Hogar, en donde tan solo por el hecho de encontrarse en ése lugar, en algunos casos se observa la presencia de la depresión, y más específicamente en el caso de los ancianos, quienes por influencia de muchos factores entremezclados (económicos, familiares, ideológicos, etc...) se encuentran en dicho lugar y con depresión, problema que se ha reportado en estos casos como el más frecuente (Krassoiévitch, 1981).

Esta situación se reviste de importancia, dadas las consecuencias y estados provocados en estas personas durante y a lo largo de su estancia en la institución, dichos aspectos ya han sido investigados en cuanto a las consecuencias de la inactividad tanto física como recreativa (Jenkins, y cols. 1977; Simpson S., y cols. 1981). Sin embargo conviene señalar que la importancia que toma esta situación reside en que además de la gravedad con que puede afectar la depresión en el estado emocional del paciente, los censos han mostrado una tendencia en la curva de la duración media de la vida hacia edades mayores de 45-60 años (Martínez, 1977), motivo por el cual no deja de ser oportuno analizar la situación que aunque por el momento sea de "unos cuantos", en un futuro pudiera ser de un mayor número de nosotros, y que requerirá de la toma de medidas acordes y realistas que no podrán obtenerse sino es con una prevención temprana.

Es por todo lo anterior, que el presente proyecto fue elaborado con la intención de comprobar que una alternativa para ayudar de alguna forma a sobrellevar de una manera más aceptable (agradable) la última etapa de la vida para las personas ancianas alojadas en una Casa-Hogar y que presentan depresión, es por medio de la programación de actividades que se incluyan en lugar de la (s) rutina (s) existentes, y en el mejor de los casos en lugar de la inactividad que se observa en la mayoría de dichas instituciones. La programación de actividades apoyada en la reestructuración cognitiva, que aunque probablemente le sea imposible cambiar radicalmente los criterios y esquemas cognitivos ya establecidos en los ancianos, lo que pretende es apoyar simultáneamente a la nueva forma de actuar, una nueva forma de pensar o de interpretar los hechos, que vaya lograndose o

adquiriéndose gradualmente.

Es pertinente aclarar desde este momento que no se sugiere la realización repetitiva de movimientos per se, sino de establecer la funcionabilidad de lo que se pretende realizar, lo cual puede incluir tanto el establecimiento de actividades olvidadas o el desarrollo de las potencialidades que aún se encuentran en los ancianos, para lo cual se requiere de todo un análisis del caso en particular como de sus posibilidades reales de ejecución y la motivación que conduce a realizar la actividad, además de estar acorde a su situación.

Una vez analizada la importancia y repercusiones de esto en el tratamiento de la depresión, la influencia de los hallazgos podrá corroborar si la programación del trabajo y actividades para ancianos, es una alternativa en función de la realidad en un momento y circunstancias, de quienes les ha tocado encontrarse bajo las condiciones de una Casa-Hogar para ancianos.

C A P I T U L O 1

ASPECTOS GENERALES DE LA VEJEZ

En este capítulo se describirá un panorama general de lo que es la vejez, como se ha caracterizado y las teorías que tratan de explicarla, así como los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que son inherentes a esta etapa del desarrollo humano.

En primer lugar, hay que considerar una serie de vocablos que son utilizables en este tema, ya que la similitud y congruencia que guardan nos permiten emplearlos para referirnos al mismo fenómeno. Tales vocablos son:

Vejez.- Calidad de viejo, senectud. Último período de la vida de los organismos.

Senectud.- Edad senil, que por lo común comienza a los 60 años, también llamada vejez.

Longevidad.- Largo vivir, duración de la vida más allá del término común.

Anciano.- Adj. y s., persona de muchos años.
Mc Pahl (Proudevida, R. y Monterde, 1979)

Como se puede observar, ya en estas definiciones se toma como criterio para considerar el inicio de la vejez, la edad de los 60 años, no sólo en este caso lo consideran así, sino que internacionalmente también (Mc Pahl, (1980). *(Aguilar 1984)*)

Al respecto se han tratado de realizar clasificaciones que permitan de una forma más acorde el estudio del desarrollo humano, por ejemplo, según los reportes bibliográficos, Bee (1978) considera que las etapas evolutivas comienzan con la primera infancia de 0-3 años; la segunda infancia de 3-5 años; y la edad escolar de 5-12 años. Para continuar Poncé (1978) considera que sigue la etapa de la adolescencia, dividida en: Pubertad de 12-13 años, Adolescencia de 13-18 años y Juventud de los 18-25 años. Siguiendo esta clasificación Pieron (1974) señala que la edad adulta es de 25-50 o 60 años y la edad senil (vejez) es de 60 años en adelante (Gutiérrez 1982).

Por su parte Enrico Greppi (citado en Nicola, 1979) presenta otra clasificación más detallada acerca de la última etapa de la vida, es decir, desglosa la categoría de vejez de la siguiente manera:

De 45 - 60 años .- Edad del medio
60 - 72 años .- Senectud gradual
72 - 90 años .- Vejez declarada
90 a más años.- Grandes viejos (ó longevos)

Lo anterior obedece a que según Nicola, dadas las investigaciones realizadas con personas de edad posterior a la adulta, se presentan con mayor frecuencia trastornos y problemas que han caracterizado el inicio del envejecimiento a partir de los 45 años, lo cual se conoce también como "edad presenil o edad crítica" y "edad del medio" según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Nicola, 1979).

Los criterios que se dan para considerar a una persona como anciana o vieja son hasta el momento cronológicos, es decir, de tiempo. Por lo cual, las teorías que a continuación de detallan, han tratado de explicar las causas del envejecimiento basándose principalmente en los efectos que ha hecho el paso del tiempo.

Algunas consideran que los fenómenos del envejecimiento, son consecuencia de un desgaste de los órganos y tejidos debido a su uso prolongado.

Otras, además de lo anterior, atribuyen el envejecimiento al cúmulo de residuos o de metabolitos en el organismo.

La teoría nerviosa, postula que las células nerviosas (neuronas) sufren una lenta pero progresiva destrucción y a diferencia de otras células no son renovables, por lo tanto se altera la homeostasis que el sistema ejerce.

La teoría de las mutaciones considera que el envejecimiento es consecuencia de la pérdida de información del ADN, por agentes mutágenos (por ejemplo las radiaciones), o por cambios en la estructura de las macromoléculas integradas en los sistemas metabólicos.

A pesar de que ésta teoría es la más actual, aún no quedan coherentemente explicadas la aparición o evolución de éstas causas que provocan el envejecimiento (Martínez, 1977; Nicola, 1979).

A partir de lo expuesto anteriormente, podemos encontrar que de alguna manera se nos indica que el envejecimiento, es decir, el llegar a "viejo" es un proceso puramente biológico, no obstante, hay que agregar que por concernir al hombre, deben de contemplarse varios aspectos más y no solo éste, ya que en concreto la esfera que comprende al hombre, se puede enmarcar en aspectos de índole tanto biológicos como psicológicos y sociales. Por tal motivo, es pertinente señalar las características de la vejez en cada uno de estos aspectos:

En relación al aspecto biológico, se considera que el envejecimiento es un proceso fisiológico que produce mayor inestabilidad, mayor sensibilidad y mayor susceptibilidad a los procesos patológicos (Chevotarev, 1982), entendiéndose éstos últimos como la aparición de enfermedades degenerativas como la Arteroesclerosis, Diabetes, etc...

Este aspecto se caracteriza por que se observan cambios en las condiciones funcionales de órganos tales como el corazón, pulmones, etc..., y sentidos de la vista, oído, etc..., que determinarán cambios en el comportamiento, ya sea en la capacidad para el trabajo como en el estado homeostático del funcionamiento de su cuerpo. Ejemplos de las manifestaciones que acompañan al envejecimiento son: cambios neurohormonales que originan la aparición del climaterio, problemas de memoria, en la marcha, así como la pérdida de agua en la piel, etc... (Chevotarev, 1982).

En México a partir de 1972 (Martínez, 1977) se realizaron investigaciones así como la creación de organizaciones en relación a la Gerontología y Geriatria, las cuales tienen como objeto de estudio el envejecimiento del organismo y sus consecuencias, así como la medicina de los viejos respectivamente que tratan de dar una nueva perspectiva al fenómeno, ya que anteriormente no se consideraba científico éste tipo de investigaciones, pues lo que se pretendía encontrar era "el elixir de la eterna juventud", más que el análisis de las causas y consecuencias provocadas por la vejez.

La importancia que ha tomado éste tipo de investigaciones se deriva del análisis estadístico de los censos, ya que las curvas de la duración media de vida, demuestran que tiende a aproximarse a edades mayores, sobre todo en países desarrollados, esto se considera como el resultado de las medidas tomadas dentro del sector salud de esas naciones las cuales según Martínez (1977) son:

- A) Mejoramiento de las condiciones sanitarias y uso de antisépticos.
- B) Reglas de higiene, control de la salud pública e inmunizaciones.
- C) Uso de antibióticos, desarrollo de medidas terapéuticas, mejor nutrición y educación médica.

D) Avances farmacológicos en el ataque de enfermedades cancerosas, cardíacas, etc...

También se menciona que al realizar comparaciones estadísticas, México se encuentra en desventaja con respecto a los países desarrollados, pero a pesar de esto, debido a las mejoras de vida que se han realizado en los últimos años, ha cambiado un poco la situación, pues la doctora Ordoñez (citada en Martínez, 1977) ha reportado que en nuestro país se presentan "tanto enfermedades propias de sociedades pobres, como de las desarrolladas, ya que en la niñez se registran principalmente la desnutrición y enfermedades crónico degenerativas, como hipertensión arterial, problemas cerebrovasculares y diabetes en edades posteriores" (pag. 240).

Sin embargo, por el análisis de los datos Nicola (1979) plantea que en los últimos años, la esperanza de vida, es decir, la edad máxima alcanzable no ha aumentado paralelamente a la duración media de la vida, ya que antiguamente quienes alcanzaban los 70 años significaba que habían resistido y superado todos los achaques, mientras que actualmente, se llega a esa edad, debido especialmente a medidas preventivas.

Considerando lo anterior para el caso de México, se debe mencionar que la esperanza de vida y la duración media de ésta se relacionan con las medidas preventivas y además de esto intervienen otros factores como el aumento acelerado de la población, ya que por ejemplo en 1970 se calculó una tasa de crecimiento anual de 3.9%, habiendo 34,800,000 habitantes menores de 15 años, lo que trae en consecuencia el aumento en la frecuencia de algunos grupos de edad, sobre todo en el infantil, ésto último a pesar de que se menciona la existencia de un alto índice de mortalidad en nuestro país.

Con respecto al grupo de edad de los ancianos, aunque su frecuencia es menor en países como el nuestro, es importante hacer notar que las enfermedades degenerativas que probablemente no habían hecho su aparición en décadas anteriores, han aparecido conjuntamente con la tendencia al incremento de la duración media de la vida, debido a la interrelación de factores tanto biológicos como sociales, razón por la cual es de vital importancia la detección temprana y observación del desarrollo de tales enfermedades, ya que según Nicola (1979) en mayor medida se pueden provocar estados de invalidez

a nivel del aparato locomotor, que a nivel de vista u oído.

- 2) En cuanto al aspecto psicológico, se puede decir que está caracterizado básicamente, por la capacidad de adaptación por parte del anciano en relación a los aspectos biológicos y a las condiciones sociales que genera dicho estado (Birren, 1974; Lara, 1984), ya que las formas de reaccionar ante las circunstancias propias de la vejez son cambios generados por las alteraciones que han tenido efecto, y que pueden variar de persona a persona, así como la respuesta dada por cada uno de ellos.

Por tal motivo, huelga decir que así como el aspecto biológico no debe olvidarse del psicológico y social, éstos otros, también deben de tomarlo en cuenta, pues son mutuamente influyentes.

Es por esto, que al considerar a un anciano desde el punto de vista psicológico, se han observado las reacciones provocadas por cada una de las condiciones o situaciones que actúan en ellos, realizando investigaciones de tipo transversal, es decir, comparando los resultados de grupos de personas en diferentes rangos de edad. El primer intento fue reportado por el Instituto de Gerontología de la Academia de Ciencias Médicas de la Unión Soviética, fundada en 1959 (Chevotarev, 1982), posteriormente por Birren en 1974, y por Finley en 1981, éste último más específicamente en relación a países latinoamericanos.

Entre algunos de los aspectos investigados se encuentran:

- A) FUNCION SENSORIAL.- Se considera (Birren, 1974) que los receptores del sistema nervioso central con la edad reducen su sensibilidad a la estimulación.

Las conclusiones a las que se ha llegado son:

- 1) Los ancianos son más letárgicos independientemente de la situación.
- 2) En las habilidades psicomotoras se encuentran grandes cambios en los trabajadores hasta los 60-65 años, mientras que en los atletas es a partir de los 40.

- B) APRENDIZAJE.- Se considera (Birren, 1974; Finley, 1981) que los cambios debidos a la edad son pequeños, ya que las diferencias se deben a factores como la percepción, motivación, actitudes, etc...

Según los estudios se ha concluido que:

- 1) El dar intervalos de codificación más largos favorece tanto a los ancianos como a los jóvenes en el aprendizaje verbal.
- 2) El dar intervalos más largos para recobrar la información, favorece solamente a los ancianos.

- C) MEMORIA.- Se cree que decae con la edad, y sólo ha servido para determinar diferencias individuales (Finley, 1981).

Al respecto se ha encontrado que:

- 1) Las diferencias por la edad son mínimas en cuanto a los almacenadores sensoriales y a la memoria breve.
- 2) Los ancianos fallan en la memoria a largo plazo, y tienen más problemas en la resuperación que en la adquisición de información.

- D) INTELIGENCIA.- Generalmente referida a las capacidades evaluadas por el WAIS (Birren, 1974; Finley, 1981).

Se ha llegado a la conclusión de que:

- 1) Las habilidades verbales se mantienen relativamente estables y algunas veces mejoran con la edad.
- 2) En las habilidades de ejecución:
 - a) Se encuentran niveles intelectuales altos en todas las edades.
 - b) Existen diferencias individuales en todas las edades, pero aumentan con la edad.

3) En la relación de problemas, no se encontraron cambios diferenciales en las aptitudes; las diferencias se deben al cambio de actitudes.

E) MOTIVACION.- Concebida como la disponibilidad y el empuje para realizar una actividad (Finley, 1981).

Los resultados revelan que:

1) El funcionamiento intelectual se afecta tanto por poca como por demasiada motivación.

2) En la actividad sexual, aunque algunos ancianos son capaces físicamente, se determina en las mujeres por el hecho de estar casadas, y en los hombres por el grado de actividad y satisfacción que haya tenido.

E) PERSONALIDAD.- Se considera (Birren, 1974; Tournier, 1979; Finley, 1981) que las decadencias que tienen lugar, comienzan por que el ambiente coloca al individuo en una posición menos comprometida, y por consiguiente los rasgos de la personalidad, es decir, las aptitudes y actitudes varían con la edad, unas permaneciendo estables, mientras que otras cambiarán.

Según los estudios se ha concluido que:

1) Con la edad surge una tendencia hacia una mayor introversión, además de que la personalidad se ve afectada por el envejecimiento, por ejemplo en cuanto a hábitos y rutinas.

2) Las diferencias de carácter entre los ancianos se acentúan por las actitudes previas que se toman en relación a las consecuencias que tienen lugar.

Ejemplo de lo anterior es la actitud hacia sí mismo, en relación al sentimiento de utilidad, ya que la diferencia de respuesta entre el hombre y la mujer, se debe a que socialmente esta última tiene

variadas actividades hasta el fin de su vida, mientras que en el hombre el fin parece señalarse con la jubilación.

- 3) La edad es menos importante que la inteligencia para la adaptación de la personalidad.

Aunque ya se han expuesto brevemente las conclusiones a las que se han llegado en las investigaciones de los aspectos psicológicos, es conveniente señalar como Tournier (1979) al tomar en cuenta las diferencias de actitudes, que las reacciones o respuestas personales a las circunstancias propias de la vejez, pueden provocar situaciones conflictivas en los ancianos, por lo cual sugiere evitar el precipitado abandono de intereses que tienen efecto en este período de la vida, apoyando y/o fomentando la realización de actividades que pueden llevarse a cabo hasta la tercera edad, pues lo que se pretende es mantener intereses que lleven a una actividad donde el anciano pueda buscar una readaptación a su nueva condición y donde tal vez su plenitud humana pueda no ser sólo a través de lo intelectual, sino por otro interés como puede serlo "... el artístico, espiritual y práctico" (Pág. 214).

Esto puede llevarlo a introducir nuevos valores y metas que le permitan evolucionar, hasta conseguir la adaptación necesaria en el último ciclo de su vida, sin que por ello tenga que considerársele más desventajoso.

En relación al aspecto social, es importante considerar el contexto que rodea al anciano y los hechos que se presentan y que de alguna manera señalan la aparición de esta etapa de la vida; por tal motivo, hay que hacer notar que de acuerdo a la ideología imperante en determinada sociedad, el impacto y significado de la vejez será concebida de manera diferente.

Un ejemplo de esto son los pequeños subgrupos de las comunidades indígenas que viven separadas de la civilización donde se consideran sabios y dirigentes del grupo a las personas más ancianas, ya que son los que conocen las tradiciones y leyes que gobiernan al grupo. Por otro lado en sociedades cambiantes y enfocadas en la producción, las personas de mayor edad, no poseen la velocidad y

destreza suficientes requeridas para la producción en serie, por lo tanto se les retira y se consideran una carga al colocarlas dentro de la población económicamente inactiva además del aumento que se genera dentro de su grupo de edad. De aquí que se considere a la vejez entremezclada con los factores demográficos, económicos y culturales, que la engloban en un contexto social bien determinado (Talmon, 1974; Acevedo y Mulinari, 1981). *Situación*

La influencia de los factores demográficos, como ya se mencionó, reside en que a medida de que la población de ancianos aumenta, se requiere mayor atención médica, de servicios, inclusive si hay quienes ya no tienen familiares o quien se haga responsables de ellos, se alojan en casas-hogares, asilos o en alguna otra institución, en donde se ve más claramente el incremento de este grupo de población donde comienzan a generarse los problemas demográficos de este grupo, por ejemplo de espacio, distribución, atención y servicios. Por otro lado en cuanto a las oportunidades de trabajo, se observa que donde hay mayor población joven y adulta, se desplaza fácil y justificadamente de las escasas fuentes de trabajo a las personas de mayor edad, tanto por la velocidad, como por la cantidad de producción.

Los factores económicos por su parte, toman cierta importancia sobre todo en las sociedades productivas, ya que se permite un retiro y jubilación tempranas, significando una pérdida de ingreso hasta un promedio de 25% (en relación a los econmicamente activos) y por lo tanto, una reducción en el nivel de vida, ya que son igualmente afectados por la economía del mercado y la burocratización (Talmon, 1974, Lara, 1984).

Concomitantemente los factores culturales que corresponden al grupo del anciano, influyen principalmente en la opinión o concepto de la vejez, ya que según Talmon (1974) las sociedades que miran hacia el pasado, consideran valiosos a los ancianos por los lazos significativos con las tradiciones, sin embargo, se considera como una desvalorización en sociedades que "hacen incapié en la innovación y el progreso" (Pag. 297).

Un ejemplo de la influencia de los patrones culturales en la concepción de la vejez son los Mixes, ya que para ellos llegar a esta etapa, significa en las mujeres la liberación de las restricciones sociales, y por lo tanto "puede hablar

con cualquiera sin ocultar su cara, puede beber y bailar en las fiestas y adquiere la autoridad para dirigir los actos sociales en los que participan las mujeres" (Acevedo y Mulinari, 1981).

Otro caso es el de los Huicholes, los Seris y los Yaquis, donde los cantos de los viejos tienen un valor de conjuro mágico que provoca las lluvias o el buen tiempo, y pueden curar enfermedades (op. cit.).

Por otro lado, el mismo autor ha reportado un análisis del ciclo familiar en el medio urbano, señalando que la relación entre esposos está determinada por los "acontecimientos claves que señalan el proceso de envejecimiento", como pueden serlo la terminación de crianza de los hijos, climaterio, retiro y disolución del lazo matrimonial por fallecimiento, etc... Ante este último, menciona que las mujeres a pesar del mayor número de problemas a los que se enfrentan, superan más fácil y frecuentemente el choque del duelo por la muerte del compañero que los hombres. Por otra parte, considera que el llegar a ser abuelo, es uno de los acontecimientos claves en el inicio de la vejez, sin embargo, hay gran probabilidad de serlo antes de los cincuenta años. En relación a este hecho, en las sociedades modernas se ha cambiado el patrón de autoridad familiar, y por lo tanto los abuelos ya no tienen el significado que tenían para sus nietos (Talmon, 1974).

En cuanto a las relaciones interpersonales, se observa que los contactos entre parientes, las visitas regulares y las grandes reuniones familiares, constituyen para los ancianos sus lazos más importantes, ya que los amigos y compañeros se han separado de ellos desde el retiro o la jubilación.

Según los reportes de Talmon aunque persisten estas obligaciones tradicionales, un alto porcentaje de ancianos están abandonados, pues estima que apenas un tercio de las personas mayores de 65 años viven con uno de sus hijos, y por otro lado, a pesar de que se ha adoptado el modelo de "vivir cerca de los hijos, más que con ellos o lejos de ellos" (Pag. 299), la realidad demuestra que con este modelo se ha tendido más al abandono y aislamiento de los ancianos.

Una vez expuesto lo anterior, de forma general podemos argumentar que la vejez es una etapa del

desarrollo humano, concebida de acuerdo al grupo social al que se pertenezca y caracterizada por alteraciones fisiológicas que influyen en el estado homeostático del organismo, tanto a nivel de órganos y sentidos como de las posibilidades de reacción y conducta del ser humano.

Dichas posibilidades de reacción y conducta son caracterizadas por las actitudes propias de su personalidad, algunas de las cuales han venido a acentuarse en el proceso de envejecimiento, lo cual denota en el anciano la presencia de un potencial que puede manifestarse, permitiéndole con ésto una adaptación o en otro de los casos, con posibilidades de desarrollar ese potencial para lograr o alcanzar dicho estado.

C A P I T U L O 2

TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS
EN EL ANCIANO

Una vez expuesta la generalidad de la etapa de la vejez, es conveniente aclarar desde este momento dada la complejidad del aspecto psicológico del hombre, deben analizarse tanto los elementos que entran en juego, como la interrelación que se establece entre ellos, por tanto, dentro de la vejez es prioritario señalar las alteraciones o trastornos que más frecuentemente aparecen, ya que pueden presentarse combinaciones de ellas o aparecer alguna característica dentro de una alteración latente y cuya manifestación está en vías de aparecer.

Por tal motivo, dentro de éste capítulo se describirán algunos de los trastornos psicológicos más frecuentes que se desarrollan o acentúan con el proceso del envejecimiento, así como las características que los acompañan, enfatizando por último aquellos que se encuentran en relación con los los ancianos que ingresan a una institución de custodia.

Para tal efecto, es menester señalar en primera instancia, la noción que se tendrá de una ancianidad sana psicológicamente, para que se pueda discernir de una ancianidad con alteraciones o trastornos en ese sentido.

En el primer capítulo se desarrollo todo un bosquejo de la vejez, el proceso de envejecimiento y el concepto de anciano, el cual a grandes rasgos es considerado como: un ser con alteraciones fisiológicas impuestas por su propio desarrollo biológico, cuyas posibilidades de reacción y conducta están caracterizadas por sus actitudes hacia éstas. Dicha concepción de anciano, por su descripción parte del aspecto de salud, pues se están considerando los cambios que ocurren, y por ende las diferencias de actitud que tendrá cada uno de los ancianos, sin embargo, para considerarla con el aspecto de salud psicológica, tendremos que agregarle a éste concepto, la capacidad de "adaptación" que desarrollan para su nuevo estado, es decir, para las condiciones que ha generado el envejecimiento.

Es por todo lo anterior, que se comparte con Nicola (1979) el concepto de que un anciano sano psicológicamente, es aquel "con capacidad de adaptación para los trabajos funcionales, de acuerdo a sus posibilidades reales de rendimiento" (Pag. 25), dicha capacidad de adaptación estará en función tanto de las propias actitudes o acciones, como del medio ambiente que lo rodea, ya que la manera como responda a un conflicto, ya sea personal, familiar, conyugal, etc... y las condiciones que dichas circunstancias generan determinarán su estado de salud psicológica.

Cabe señalar, que dicho proceso de adaptación puede lograrse sin alteraciones, o producir fenómenos (alteraciones o trastornos) en la conducta del anciano, siendo los más frecuentes: la Angustia, Ansiedad, Hipocondría, Demencias, Deliriums, Estados Paranoides y la Depresión (Alonso-Fernández, 1974; Campilla, 1974; Zimberg & Kaufman, 1976; Krassoievitch, 1981 y 1984; Lara, 1984).

La Angustia se caracteriza por sensaciones de aprehensión, incertidumbre y desamparo sin relación con un peligro real externo expresada como "tengo miedo, pero no sé porque" (Lara, 1984). En el caso de los ancianos dicho estado es generado por el ajuste a nuevas y/o desfavorables situaciones, por ejemplo: perder amigos, familiares, salud, etc... Las manifestaciones más comunes son: vértigos, alteraciones digestivas, despertar por las noches con miedo, sobresaltos súbitos, e irritabilidad en general.

La Ansiedad esta caracterizada según reportes del autor, porque no hay amenaza por una causa externa clara y tangible, sino por un peligro percibido por el anciano y cuya naturaleza no es conocida. Las manifestaciones somáticas que la acompañan son: taquicardias, náuseas, diarreas y trastornos gastrointestinales, úlceras, etc..., sin embargo, hay casos en los que no son claramente somáticas, ya que la persona "describe una sensación de desamparo con la imposibilidad de entender el significado de su situación" (Pag. 57).

Al parecer existe una similitud entre la angustia y la ansiedad, sin embargo, podríamos decir que la diferencia reside en términos temporales, ya que esta última se presenta en un momento específico, mientras que la primera es consecuencia de ésta y es más persistente, de ahí que se mencione como una "sensación".

En el caso de la Hipocondría, esta se considera como una preocupación obsesiva por el cuerpo o por una porción del mismo, la cual se cree que esta en mal funcionamiento. Según los reportes, este tipo de situaciones son frecuentes en más de la mitad de los ancianos, siendo las manifestaciones más comunes dolor de cabeza, falta de memoria, irritabilidad, insomnio o simplemente temor de enfermar.

La Demencia y los procesos demenciales según Alonso-Fernández (1974), Zimberg & kaufman (1976) y Krassoievitch (1984), son comunmente identificados con la destrucción de la inteligencia y de la personalidad, las cuales se deben a una lesión cerebral orgánica localizada, y comienza con importantes deficits de la

memoria, la orientación, atención, pensamiento, afectividad, juicio crítico y lenguaje.

En la edad pre-senil (45-60 años) aparecen dos procesos demenciales: Enfermedad de Pick y de Alzheimer, la primera se localiza en la región del cerebro anterior, y la segunda en el cerebro posterior, siendo esta última mucho más frecuente, aunque ambas avanzan hasta sus máximas etapas de evolución. Sin embargo, difieren de la demencia senil, ya que ésta surge de la "pérdida progresiva e irreversible de las facultades intelectuales, debida a una intensa atrofia cerebral difusa que avanza hasta el grado de reaparecer los reflejos arcaicos de prensión y succión, además que sobreviene a partir de los 70-75 años, y su etiología se debe a factores hereditarios y ambientales" (Alonso-Fernández, Pág. 449), otro dato encontrado, es la mayor frecuencia de éste padecimiento entre las mujeres, mientras que para los hombres es la arterioesclerosis; no obstante, ambas en un curso de 4-8 años provocan una vida vegetativa.

Krassolevitch (1984) menciona que el Delirium, puede presentarse en los ancianos, con frecuencia por causa de trastornos metabólicos, sobredosis de medicamentos tóxicos, o en un estado post-operatorio, y es caracterizado por "trastornos en la atención a los estímulos, las metas del pensamiento y de la conducta, en la memoria, en la orientación del ciclo de vigilia-sueño y en la actividad psicomotriz" (Pág. 51). Las manifestaciones que lo acompañan corresponden a las características ya señaladas, con una evolución breve, que puede ser de días e incluso de horas para que se presente el Delirium.

En relación a los estados paranoides Alonso-Fernández (1974) menciona que se presentan en ancianos con importantes defectos de vista, oído, o que vivan solos, mientras que los delirios oníricos agudos y subagudos se originan en quienes padecen enfermedades somáticas, como infecciones, deshidratación, descenso de tensión arterial e insuficiencias cardíacas, respiratorias, renales, etc... En las cuales se manifiestan una gran cantidad de alucinaciones visuales, e ideas delirantes de persecución, de robo y de celos.

En el caso de Depresión, según los autores (Alonso-Fernández, 1974; Campailla, 1974; Zimberg & Kaufman, 1976; Krassolevitch, 1981 y 1984; Lara, 1984) se menciona que es un estado acompañado habitualmente de disminución de la actividad, generalmente relacionado con circunstancias externas y caracterizado por sentimientos de tristeza, soledad, aislamiento y

desaliento. En el caso de los ancianos son circunstancias en las cuales se manifiestan "perdidas de diversa índole, y una personalidad con mayor susceptibilidad al stress" (Krassoievitch, 1984, Pág. 52), sin embargo, las características que lo acompañan no difieren básicamente de las que presenta una persona más joven; por ejemplo, se presenta un abatimiento del humor acompañada de angustia, disminución de los intereses, la energía y la productividad, hay sentimientos de culpa y minusvalida con ideas de suicidio e hipocondríacas, disminución del apetito con la consecuente pérdida de peso, así como fátiga, estreñimiento, cefaleas, insomnio y en algunos casos agresión tanto física como verbal.

Todo lo anterior, viene a corroborar, que los trastornos ya mencionados no son propios de la vejez, sino que presentándose a esta edad toman matices diferentes o más acentuados, que en su aparición dentro de etapas más tempranas de la vida humana. Por otro lado, hay que señalar que no son los únicos trastornos psicológicos, sino que son los más frecuentes dentro de la vejez, y lo cual puede denotar características muy particulares del medio en el que se presentan, además, con respecto a la depresión, se ha dejado muy brevemente y a grandes rasgos su descripción, pues en el siguiente capítulo se realizará una revisión más completa por ser el punto en cuestión dentro del análisis de este trabajo.

Una vez que se han mencionado las características de los trastornos, es menester considerar la frecuencia con la que se presentan y la importancia que han venido tomando. En México, Krassoievitch (1981) señala que el 10% de la población de ancianos padece de un síndrome depresivo, y que dicha depresión en la mitad de los casos se debe a una enfermedad física. Las demencias se han encontrado afectando al 5% de la población de ancianos, y el delirium es menor proporción pero muy estrechamente asociado con intoxicaciones e infecciones que pueden ser por mal uso de medicamentos.

Estos datos son importantes para las acciones y medidas que deben tomarse, ya que algunos de éstos padecimientos pueden llegar a extremos más graves, como por ejemplo en el caso de la Depresión llegar al suicidio. Aunque para esta situación se entremezclan una diversidad de factores, bien es cierto que se encuentra directamente relacionada con la depresión (Osgood, 1982; Heman, 1984).

Continuando con los trastornos más frecuentes dentro de la vejez, ahora plantearemos una situación muy particular, que como ya se mencionó, puede o no generar

una alteración más en el proceso de adaptación del anciano. Dicha situación es el proceso de Institucionalización, como una de las realidades que viven los ancianos de ésta época.

Contreras (1984) señala que las investigaciones gerontológicas han demostrado que las condiciones ecológicas (como la vivienda, geografía del lugar, personas que la integran, etc...) influyen en la forma como el individuo envejece, y éstas condiciones toman mayor importancia cuando hay problemas de salud, y cuando ha disminuido la capacidad mental y de sociabilidad, que cuando se está en buen estado de salud. Por tal motivo, cuando tienen que abandonar su vivienda, entra en juego su capacidad de adaptación a otra situación, la cual será vista indudablemente en función de lo que significaba la vida anterior y la retribución o estimulación que el nuevo estado proyecte.

De aquí que, la autora considera que la institucionalización en una casa-hogar, signifique "no solo un cambio de vivienda, sino un cambio esencial en la vida de las personas de edad avanzada (por ejemplo: separación de familiares y/o amigos, etc...), que repercute tanto en su desarrollo social y psíquico, como en su salud (Pag. 32), ya que significa una adaptación y ajuste a ciertas reglas y patrones conductuales, que antes no tenían un papel importante. Se considera que tal proceso se divide en tres fases:

- 1) De Pre-Ingreso, donde se experimenta con mayor intensidad, la angustia, ansiedad, etc... ante la novedad de la situación.
- 2) De Ingreso, aquí se consideran como decisivos los primeros 2 ó 3 meses, donde se presentan temores, esperanzas, etc..., se reafirman o modifican las expectativas que se tenían de la vida en la institución, aprendiendo y adoptando nuevos roles.
- 3) De Estabilización, cuando el anciano ha adoptado un estilo de vida de acuerdo a las condiciones de la casa-hogar.

Esta última etapa vendría a significar la adaptación más favorable y congruente con la realidad de quienes tiene que vivir dentro de una institución, sin embargo, para lograr esto, se entremezclan una serie de factores, los cuales según Contreras (1984) son:

- a) La preparación e información previa al ingreso que reciba el anciano mediante folletos, visitas y/o conversaciones con los residentes.
- b) Que su ingreso sea "una desición voluntaria".
- c) El recibimiento o acogida que tenga por parte del personal sobre todo desde el primer día.

Es de considerar que los factores que se señalan indican los más favorables para la adaptación, no obstante, tal vez el segundo de ellos sea el mayor obstáculo cuando no se presente así, lo cual traerá consigo mayor dificultad y costos tanto personales como para la institución. Sin embargo, es natural que en el transcurso de la estancia del anciano, surgan fricciones, ya que de un lado se encuentra la institución como estructura social estandarizada y jerarquizada, y por el otro el individuo con sus propias actitudes, conductas y deseos, donde ambos se enfrentan para integrarse, y cuyos efectos en ambas direcciones sí se prolongan, son dignos de tomarse en cuenta, y con mayor veracidad cuando recaen en el anciano, ya que en varias investigaciones se reporta (Contreras, 1984) que algunos de los efectos de la institucionalización son: "la pérdida de orientación, de motivación, de identidad, autodevaloración, reducción del nivel de actividad y contactos sociales, y una actitud negativa hacia el futuro (Pag. 34).

A través del presente capítulo, se ha querido dejar en claro que el indicativo, a través del cual se puede proyectar sanidad o el trastorno psicológico, es la capacidad de adaptación del anciano; susceptible de ser influenciado por los efectos y condiciones existentes dentro de un contexto social muy particular como lo es el caso de México.

También se consideró la relación que se establece cuando el anciano ingresa a una institución de custodia y los trastornos que se han encontrado con más frecuencia, matizados y/o acentuados por las condiciones presentes en la vejez.

C A P I T U L O 3

D E P R E S I O N

Después de haber hecho una breve revisión de las alteraciones que con mayor frecuencia se han encontrado en la vejez, ahora se pasará tal y como ya se había mencionado, a desarrollar el tema central de este trabajo, la Depresión en los Ancianos Institucionalizados.

Para tal efecto, en primera instancia mencionaremos los aspectos teóricos en base a algunas posturas que comprenden el estudio y análisis de esta alteración psicológica. Posteriormente se describirán las formas de evaluación que se han empleado y por último los tratamientos que se han venido utilizando en la atención de éstas alteraciones. Así mismo, al finalizar el capítulo se describirá el punto de vista como base del que parte el presente trabajo.

Una de las teorías que se han centrado en el estudio de la Depresión es la presentada por Castilla del Pino (1981) quien con bases psicodinámicas, propone un punto de vista antropológico para dicha alteración, ya que la considera como un estado afectivo donde el síndrome nuclear está constituido por tristeza, inhibición y sentimientos de culpa, que además pueden verse acompañados de algunos síntomas de otros síndromes, dichas características van tomando papeles diferentes en la vida de cada persona, pues influyen factores extrapersonales no solamente físicos, sino que también el medio social donde se desarrolla el individuo, así como la estructura de éste, por ejemplo los patrones culturales, políticos, económicos, etc..., todo esto determinando su relación con la realidad.

Por supuesto, al preguntarnos de que manera explica la etiología del estado depresivo, así como su desarrollo y su permanencia o mantenimiento, veremos que hay una explicación dialéctica dentro de la cual surge el individuo y de la que forma parte, por lo tanto, aunque en principio se adopta el análisis psicodinámico, a éste se le añaden las deficiencias de la cultura a las cuales pertenece el individuo.

Así pues, la probable etiología de la depresión es la incapacidad del sujeto de reestablecerse ante la pérdida de un objeto amado, ya sea novia, esposa, propiedades, valores, etc... El proceso de desarrollo de la depresión comienza a partir de los rasgos de la personalidad y el funcionamiento de las "estructuras" ("yo, ello y superyo"), así como de los valores y normas internalizados o apropiados por el sujeto. Mientras esto acontece, parece ser que el estado depresivo se mantiene por el contexto social y la consiguiente inhabilidad del sujeto para modificar ya sean las concepciones

internalizadas o su relación con la realidad.

Por su parte en la teoría conductual, basada en los principios de reforzamiento, una de las posturas es la presentada por Lewinshon y cols. (1976) ya que al enfocarse en el estudio de la depresión, la consideran como un estado de ánimo anormal, en términos de la duración de tristezas, desalientos, etc..., que se consideran como problema debido a su duración, ya que se prolongan hasta el grado de impedir la realización de actividades rutinarias o cotidianas del individuo, esto se proyecta comunmente en sus relaciones sociales, pensamientos obsesivos, y tanto en dificultades somáticas como del sueño.

Este punto de vista considera que dicha alteración puede originarse por la tristeza de algún contratiempo ó la pérdida de algo ó de alguien, desarrollandose hacia estados más graves, por factores genéticos, bioquímicos y eventos en su vida, así como la historia de reforzamiento, o por una combinación de todos éstos. En consecuencia se observa un decremento en las actividades del sujeto y un incremento de sentimientos negativos hacia sí mismo, concomitantemente se presentan exigencias del medio externo que no son cumplidas, y por lo tanto se obtiene una baja tasa de reforzamiento positivo. Para explicar ésta condición Lewinshon (1979) señala que puede deberse a:

- 1) Que los eventos que son contingentes pueden no ser reforzantes (o perder efectividad).
- 2) Existen eventos que pueden ser reforzantes pero resultan improbables o inalcanzables.
- 3) Existen reforzadores disponibles pero el sujeto carece de los repertorios necesarios para provocar su aparición.

Otra de las teorías que se han centrado en el estudio de la depresión, es la del "Desamparo Aprendido", término cuyos autores Seligman y cols. (1967) (citados en Garber y Seligman, 1980) han empleado para describir el debilitamiento de la respuesta de escape-evitación, que mostraron experimentalmente los perros que fueron expuestos a shocks incontrolables dentro del laboratorio, sin embargo, al extrapolar los hallazgos hacia la conducta humana, se encontraron varias deficiencias que pretenden ser subsanadas, en la reformulación de su teoría llamada "Human Helplessness" (Garber y Seligman, 1980), donde se especifica claramente que dada la multiplicidad de factores que entran en juego para la

aparición de la depresión, es posible que por la influencia de una causa que opere en el individuo puedan originarse formas o subclases de dicha alteración, y por consiguiente aparecer en este caso la "Depresión de Desamparo", si considerándola como un estado donde principalmente se presenta "la expectativa de que la respuesta del sujeto es independiente de las consecuencias que se obtienen, lo cual se caracteriza por síntomas de pasividad, serie de cogniciones negativas, y un afecto depresivo" (Pag.27). Según los autores, esto es producido por la imposibilidad de: a) Obtener consecuencias deseables y b) De escapar de las consecuencias aversivas. En resumen dichas características engloban 4 déficits, los cuales son: 1) Motivacionales 2) Cognitivos 3) Afectivos o Emocionales y de 4) Auto-estima.

Por lo tanto, la etiología del problema será la expectativa que se tiene de la independencia entre las respuestas del sujeto y sus consecuencias, sin embargo, los autores señalan que ésta será una condición suficiente, pero no necesaria para que aparezca la depresión, ya que también entran en juego otros factores, tales como: Estados Fisiológicos, Condiciones Post-parto, Estados Hormonales, etc..., que pueden producir depresión en ausencia de la expectativa de incontrolabilidad.

En consecuencia, cuando la etiología de la depresión es dicha expectativa, ésta va desarrollándose a través de las atribuciones que realiza el sujeto con los eventos y situaciones que le acontecen, por ejemplo: hay quienes atribuyen el fracaso a cuestiones únicamente personales (internas) y los éxitos a factores externos. De la misma manera esta situación se va manteniendo por la expectativa de imposibilidad de control de las consecuencias, así como de las atribuciones hechas a esa imposibilidad del sujeto.

Por otra parte, dentro de la teoría Cognitiva, Beck en 1972 y 1974 (citado en Rehm, 1980) señala que la depresión es una alteración cuyo rasgo esencial es una disfunción cognitiva, la cual se define en la triada cognitiva: 1) Punto de vista negativo de sí mismo, 2) Del mundo, y 3) Del futuro. Sin embargo, además de manifestar actitudes negativas (por ejemplo baja auto-estima, excesiva culpa, pesimismo, etc...) que pueden acompañarse de signos neuro-vegetativos, existe una falla en el proceso de información, llamada "Abstracción Selectiva", ya que los sujetos atienden sólo a elementos negativos de su experiencia, y por lo tanto, la alteración va más allá del simple sentimiento de tristeza.

Dicha característica del sujeto para abstraer selectivamente los aspectos negativos, puede considerarse como la etiología de la depresión, sin olvidar que esta situación en parte ha sido producto de la historia previa del individuo.

En consecuencia el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología de la depresión, se debe a que la respuesta afectiva esta determinada por las formas individuales de pensamiento y su experiencia, por lo que al predominar cierto esquema cognitivo, el paciente tiende a considerarse así (en este caso sería negativamente). La premisa básica es que la depresión se debe a la sistemática malinterpretación de la experiencias del paciente, y prosistirá hasta que se modifique dicha forma de interpretar las experiencias (Shaw & Beck, 1977).

Como puede observarse, las teorías anteriormente expuestas, coinciden en primer lugar, en que la depresión es una alteración producida por una multiplicidad de factores, y que al mismo tiempo toma matices diferentes en cada sujeto. Así mismo, consideran que las manifestaciones de dicha alteración son tanto fisiológicas y verbales, como de la relación del individuo con su medio externo, sin embargo, la diferencia radical entre dichas teorías, reside en la conceptualización de la alteración y su origen, es decir, en su etiología y definición, por ende seguirán las diferencias en cuanto a los aspectos metodológicos para evaluar y abordar el tratamiento de ésta alteración.

1 Por su parte, Castilla del Pino (1981) debido a sus consideraciones psicodinámicas, señala a la entrevista como la primer forma de obtener una evaluación de la alteración, ya que se puede obtener la descripción y comprensión del mundo del paciente, además de que en estos casos se auxilia por la interpretación de los test proyectivos. En consecuencia, la terapia se lleva a cabo por medio de entrevistas, donde inicialmente se indagan creencias, forma de vida, valores, ámbito familiar, no sólo biológico y educativo, sino también las normas hechas propias, sentimientos de culpa, etc.. Considerando en cada uno de éstos, el valor o vivencia adquirida por el sujeto en un momento determinado y que lo hacen sufrir.

En términos generales "la intencionalidad de la praxis terapéutica reside, en una aprehensión de la totalidad más amplia posible de la realidad que es el paciente, para que con la itelección de su realidad, posteriormente pueda hacersele a él mismo intelegible" (Pag. 58), y así pueda identificar los elementos en

cuestión para encontrar la respuesta y resolución del problema el mismo paciente.

Dentro del marco conductual, Lewinshon y cols. (1976) señalan que los métodos de evaluación conductual aportan medidas cuantificables de la conducta (depresión) para lo cual se usan 3 técnicas:

- 1) ENTREVISTA.- Donde se estiman las actividades y relaciones con familiares, amigos, etc... Aplicando pruebas que reflejen características y síntomas apropiados, por ejemplo Hamilton Rating Scale for Depression, Feelings and Concerns Check List, etc...
- 2) AUTO-REPORTE.- Se emplean escalas de valores de la depresión, donde el paciente elige o selecciona la que corresponde a su caso, por ejemplo MMPI-D, Inventario de Beck, Escala de Auto-Estima de Zung, etc...
- 3) OBSERVACION.- Se lleva a cabo por el terapeuta o el clínico en la situación natural del paciente, con la previa elaboración de sistemas de codificación del comportamiento motor y verbal.

Puesto que el enfoque conductual planteado por Lewinshon y cols. (1976) pretende modificar en el medio ambiente las consecuencias que obtiene de las personas que lo rodean, y en el individuo las conductas hacia otros, así como las verbalizaciones cubiertas y abiertas.

Existen 2 fases dentro del tratamiento:

- A) DIAGNOSTICO.- Donde se obtiene información acerca del paciente su conducta, observándolo en diferentes situaciones y sus interacciones, enfatizando la clasificación del humor o ánimo, tipo y frecuencia de actividades e intereses, así como información médica relevante.

Para la realización de ésta fase puede auxiliarse del esquema descrito por los autores, acerca de las conductas típicamente observadas en los estudios hechos con depresivos, y los cuales no necesariamente presentan todas las conductas o una sola clase de ellas, sino que manifiestan diferentes combinaciones de las conductas problema que se encuentran bajo los siguientes rubros:

DISFORIA Sentimientos dominados por tristeza
 y negrura, etc...
 Pérdida de gratificación

	Mínima participación social
DEFICITS	No comunicativo con los demás
CONDUCTUALES	Inhabilidad para el trabajo ordinario
	Descuido de apariencia personal
	Exageración en problemas materiales (dinero, casa, etc...)
EXCESOS	Queja de falta de afecto de otros
CONDUCTUALES	No asume responsabilidades
	Gritos, lamentos, llanto, etc...
	Disturbios del sueño
SINTOMAS	Fatiga
SOMATICOS	Pérdida de apetito, de peso, etc...
MANIFESTACIONES	Baja auto-estima
COGNITIVAS	Sentimientos de culpa, inadecuación, etc...
	Auto-injuria ...

B) INTERVENCION.- Donde previamente se comparten opiniones y expectativas de las metas entre el terapeuta y el paciente, con lo cual se pretende elaborar un adecuado "Programa de Reforzamiento Positivo", proyectado en un "Programa de Actividades", el cual puede incluir modificaciones en la frecuencia, calidad y rango de éstas, así como en las interacciones sociales del paciente. Lo anterior es manejado por algunas técnicas como: Role-playing, Retroalimentación, Auto-monitoreo y principalmente el entrenamiento en habilidades sociales, pues se pretende que la conducta del paciente sea mantenida por sus consecuencias.

9. Con respecto a las consideraciones hechas por Garber y Seligman (1980) para el desamparo en humanos, dado que poseen bases del enfoque cognitivo, consideran los auto-reportes del sujeto como los indicadores de las atribuciones, aunque "no hay estudios que prueben directamente las implicaciones terapéuticas de su modelo reformulado para la depresión" (Pag. 33), Buceta, Polaino-Lorente y Parron(1984) en un intento por analizar la aplicabilidad del modelo para la explicación de la depresión, se encontraron con dificultades para plantear situaciones experimentales en las que el modelo pueda mostrar su similitud con dicha alteración.

A grandes rasgos la estrategia de intervención terapéutica que se plantea es la siguiente:

- 1o. Cambiar la probabilidad estimada de la consecuencia (cambiando el ambiente), donde haya menor probabilidad de consecuencias negativas y mayor

probabilidad de las deseables.

20. Haciendo las consecuencias altamente preferidas, menos preferidas, para reducir la aversividad de las consecuencias inevitables o el deseo de las inalcanzables.

30. Cambiar la expectativa de incontrolable a controlable, cuando las consecuencias son verdaderamente alcanzables.

a) Los sujetos deben saber como emitir respuestas apropiadas, si no, hay que entrenarlos.

b) Cuando las respuestas estan en el repertorio, pero el sujeto tiene la expectativa distorsionada de su respuesta como independiente de las consecuencias, debe ser alterada dicha expectativa.

40. Cambiar atribuciones irrealistas del fracaso, hacia atribuciones más reales, tales como externas, específicas e inestables, y cambiar atribuciones irreales de los sucesos, hacia factores internos, globales y estables.

→ El enfoque puramente cognitivo, considera los pensamientos, ideas, etc... que estan distorsionados, como datos primarios, de aquí que se empleen como métodos de evaluación, los inventarios de auto-reporte, así como las escalas de clasificación y juicio de síntomas.

Los pasos a seguir son los siguientes:

1) Colección de datos
(cogniciones = pensamientos, sentimientos,
... y deseos del paciente)

a través de:

- a) Reporte Verbal
- b) Reporte de Pensamientos
... durante la terapia
- c) Material Escrito
(como parte de las tareas).

2) Formulación de hipótesis basadas en los datos.

3) Probando y/o rechazando hipótesis basadas en nuevos datos.

Todos éstos pasos se van realizando en discusiones dirigidas, considerando las circunstancias totales de un evento, donde el terapeuta conjuntamente con el paciente pueden conceptualizar los datos en 3 niveles:

- i) Significado para el paciente.
- ii) Generalización (fallas, sobregeneralización y clasificación de las cogniciones).
- iii) Creencias, actitudes y aspiraciones que conducen siempre a un significado "perdedor".

Aunque se han mencionado los enfoques teóricos que más se han empleado dentro del ámbito psicológico, no hay que olvidar otros tratamientos que se han utilizado, como son los biológicos, que emplean drogas, electrochoques, destrucción de tejido, etc..., y los cuales han probado su poca efectividad además de reincidencia y efectos colaterales que provocan (Maher, 1970).

Una vez que se han expuesto las características y formas de abordar el estudio de la depresión desde varias concepciones teóricas, ahora pasaremos a describir la postura que se tomará para la realización del presente trabajo.

Al contrastar lo que previamente se revisó acerca del envejecimiento y las características generales que se han descrito acerca de la depresión, la vejez se consideraba una etapa del desarrollo humano que implicaba una serie de pérdidas, ya sean de actividad, económicas, de tolerancia a los agentes provocadores de enfermedades, separación de familiares y amigos, ya sea temporalmente o definitivamente (en el caso de la muerte de alguno de ellos), etc... Es necesario contemplar todo este panorama para poder llegar a una real y concordante interpretación y explicación de la depresión a esta edad.

Murphy (1982) en una investigación realizada en Inglaterra para determinar las diferencias existentes entre ancianos depresivos y normales, encontró los siguientes resultados:

- a) Los depresivos presentan mayores problemas en los hechos trascendentales de su vida, por ejemplo fallecimiento y enfermedades tanto de personas cercanas como personales.
- b) El 42% de los deprimidos, presentaron mayores dificultades sociales, por ejemplo de vivienda, salud, hijos, económicos, etc...

- c) En los deprimidos, los problemas de salud iniciaron dicho estado.
- d) El riesgo de iniciar la depresión en ausencia de un acontecimiento severo, ya sea una dificultad social o de salud, fue de 2.5%, mientras que con la presencia de dichos factores, se eleva a un 16%.
- e) Se encontró una tasa significativamente más alta de "mal estado de salud" y dificultades sociales mayores, entre la clase trabajadora.
- f) Se encontró mayor vulnerabilidad a la depresión en los ancianos que no tienen una relación de intimidad con alguna persona cercana ("confidente").

Las diferencias presentadas en estos resultados se atribuyen a las diferencias de comportamiento de cada anciano, en combinación con su medio externo, ya que hay quienes a pesar de las dificultades, enfrentándose a las situaciones logran resolverlas de alguna manera y no permanecen en dicho estado. Esto último a grandes rasgos, es lo que define la alteración psicológica (Zimberg & Kaufman, 1976) y es aplicable a la generalidad de las concepciones teóricas.

Por lo tanto, a partir de este momento nuestra postura señala que la depresión es una alteración psicológica, factible de presentarse en los ancianos, quienes de acuerdo y en función de los elementos que integran su comportamiento, se enfrentan a dicho estado, donde habrá para quienes fue pasajero, o para quienes es una situación en la que se encuentran inmersos. No obstante, así como es factible que dicha alteración pueda presentarse, también es factible que con el potencial que existe en el anciano, aunque se ha visto mermado, pueda trabajarse en una acción terapéutica que lo conduzca a la introducción de una nueva interpretación y por ende a una mayor tolerancia a las situaciones depresivas de su vida, las cuales son innegables e inevitables durante el transcurso de su existencia.

Lo anterior no significa ser pesimista, ya que la forma de vida de los ancianos, les demuestra patentemente que las cosas ya no son como eran antes, y de aquí que ya no deban interpretarse como se había hecho antes. Pues en esto reside el origen del problema para muchos, que cuando ven sus limitaciones, no las aceptan, o quienes de antemano se sienten derrotados sin ver que en ellos existe todavía un potencial que pueden y deben emplear para alcanzar su óptimo estado de salud física y mental.

Dado el matiz que toma una alteración del tipo de la depresión en los ancianos, y la gran tarea de emprender, para establecer en sus esquemas de comportamiento, la introducción de una nueva forma de interpretar las situaciones y hechos de su vida, que le conducirán a una consecuente tolerancia o manejo de los elementos en la resolución de dicho estado, la forma más funcional de operar bajo estas circunstancias será una intervención terapéutica que combine, el trabajo tanto con el individuo en cuestiones de su forma de pensar, valores, ideas, etc..., así como el trabajo de proyectar aquello que se le está reformulando para con sus acciones presentes.

En resumen, las premisas de las que parte la presente investigación son las siguientes:

- 1) Los ancianos depresivos, son susceptibles de intervención psicológica con el potencial que presentan.
- 2) Una parte de la alteración, la comprende la resistencia al cambio de su comportamiento, en cuanto a la forma de pensar.
- 3) La otra parte esta presente por la situación de inactividad que presentan la gran mayoría de ancianos, y/o por la falta o escasa motivación de las actividades que realizan.
- 4) La forma más alternativa de operar en el tratamiento es con la combinación de terapia Cognitiva y Conductual *.

* Esto último ha sido corroborado en otros estudios, que aunque no han sido con ancianos depresivos, demuestran la efectividad de dicha combinación (Taylor, 1974; Rush, Katani and Beck, 1975; Morris, 1979; Shmicley, 1976 -citados en Shaw & cols., 1977; Garber y Seligman, 1980; Polaino-Lorente, 1984).

C A P I T U L O 4

M E T O D O

para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). La organización de la misma, esta integrada por la Dirección, Administración, y los servicios de Vigilancia, Intendencia, Mantenimiento, Medicina, Enfermería, Trabajo Social y Psicología. Cuenta con 4 edificios de 2 plantas: Uno es el edificio de Gobierno; otro, es el dormitorio #1 para mujeres; otro es el dormitorio #2 para hombres, consultorios médicos u el salón de usos múltiples; y el último para el servicio de Cuidados especiales (enfermería) y su anexo, enfrente a este edificio se encuentra el dormitorio de matrimonios, además cuenta con los servicios de comedor, luz eléctrica, agua caliente y fría, lavandería, peluquería y lavaderos, así como una capilla con asistencia de un sacerdote que no es del personal de la casa-hogar (ver anexo #1) Cada anciano se encuentra alojado en una habitación compartida con 5 compañeros más, habiendo para cada uno de ellos un closet con llave propia. Durante el día se les sirven 3 alimentos: desayuno, comida y merienda, también en el control de cada uno de los pisos se les proporciona el jabón, sacate y toalla para baño, así como ropa limpia, misma que entregan cuando esta sucia para llevarla a la lavandería.

BIOLÓGICAS

Los ancianos son personas residentes, cuyo promedio de edad fluctúa entre 62-96 con prom. de 82 años del sexo femenino y masculino. Con padecimientos que van desde alteraciones de los sentidos (vista, oído, marcha, etc.), hasta diabetes desnutrición, etc., y las relacionadas a casos más extremos como la demencia senil, síndrome orgánico cerebral, etc.

Por otro lado, un 90% de la población utiliza prótesis para caminar y para ver, siendo en igual proporción letárgicos tanto para ambular como para orientarse. Unido a esto se reporta que un 50% no es auto-suficiente y de aquí que, requieran asistencia y/o ayuda tanto en su aseo personal como en su desplazamiento.

PSICOLÓGICAS

Dentro de éste aspecto solamente se proporcionaron los siguientes datos: Del total de la población sólo el 2.5% participa en la actividad presentada por el taller de productividad, el cual imparte costura, bordado, tejido y labores manuales, y dentro de éstos, sólo un residente del sexo masculino participa. Un 3% realiza labores por cuenta propia, y el resto de la población

sóloamente se encuentra sentado en las sillas del jardín o en su habitación. Cerca del 90% de los residentes reportan no tener motivación para realizar algo, por 3 razones: la primera es que no "creen poder hacer algo", en segundo lugar "porque no les han dicho qué cosas pueden hacer", y la tercera es que "ya no quieren hacer algo" porque ya están cerca de la muerte. Casi el 100% se queja de no tener visitas, porque ya no tienen familiares y amigos, o porque se han olvidado de ellos, considerando ésto como un índice devaluativo de su persona. Una semana de vida cotidiana dentro de la casa-hogar es la siguiente: De lunes a viernes se bañan y cambian opcionalmente los auto-suficientes y según la programación los que requieren asistencia para que se haga por lo menos 2 veces con cada uno de ellos. La peluquería se encuentra programada, pero son los residentes quienes tienen que llegar a esperar su turno. Martes y Jueves se organizan salidas recreativas donde sólo acuden los que no requieren mayor apoyo que el bastón, los viernes llamados "sociales" son concentrados los residentes en el salón de usos múltiples para presenciar bailables, cantantes y/o repartición de algún aperitivo.

Por su parte, un día típico se registra así, desde temprano hasta las 8:00 a.m. es la entrada del personal. El desayuno de los residentes esw entre 8 y 9 a.m., mientras que para el personal es entre 9 y 10 a.m., a ésta hora se reanudan las labores del personal, algunos residentes acuden a los consultorios médicos, al taller, a las sillas, los dormitorios, o la peluquería. Entre 13 y 13:30 p.m. se sirve laa comida a los residentes, al terminar nuevamente regresan a donde estaban, y esperan las 18 - 18:30 p.m. para merendar y un 10% se retiraan a sus dormitorios, ya sea que vean televisión o escuchen radio para después dormirse.

SOCIALES

El 60% de los casos tienen como motivo de ingreso el "Abaandono total", un 10% lo tienen cada uno de los motivos "Abandono parcial" y "Carencia familiar", y un 20% el "Rechazo social". A pesar de no estar especificado se puede decir que se trata en general de una población fr bajos recursos económicos.

Las categorías mencionadas anteriormente no se encontraban definidas, pero una apreciación particular en cuanto a las características que comprenden cada una podría ser la siguiente:

ABANDONO TOTAL

Persona que cuenta con algún familiar o amigo que se puede hacer cargo del residente, pero que no se localiza

o no se encuentra.

ABANDONO PARCIAL

Persona que cuenta con algún familiar o amigo que no puede hacerse cargo de él.

CARENCIA FAMILIAR

Persona que no cuenta con algún familiar o amigo que pueda hacerse cargo de él.

RECHAZO SOCIAL

Persona que ingresó por encontrarse vagando, en mal estado de salud física o mental, y que carece de alguien que pueda hacerse cargo de él.

Dentro de la población, el 40% presenta un estado civil de viudo(a) e igualmente un 40% son solteros(as), el 15% es casado y de ellos sólo el 5% estaban bajo unión libre.

Por otro lado, se encontró una proporción semejante de personas analfabetas (40%) y aquellas que sólo saben leer y escribir (40%), mientras que para los que poseen estudios de primaria sólo hubo un 15%, y para los estudios superiores a éste un 5%.

A los miembros que se encuentran dentro del taller de productividad, después de elaborar prendas o artículos organizan un "Bazar", al término del cual les distribuyen las ganancias, mientras que los residentes que por cuenta propia elaboran prendas y objetos, ellos mismos los venden.

SELECCION DE SUJETOS

Fueron seleccionados sujetos residentes de la casa-hogar mencionada, de entre un total de 173 se eligieron al azar una muestra de 57, que correspondían al 30% de la población, dividida en 3 secciones de la siguiente manera, un 10% fue del dormitorio de hombres, otro 10% fue del dormitorio de mujeres, y el último 10% de la sección de enfermería, donde están alojados tanto hombres y mujeres que presentan alguna alteración en su estado de salud, y que en consecuencia requieren de cuidados continuos e intensivos.

Cabe aclarar que también fueron considerados los albergados en la sección de matrimonios para la selección de la muestra, sin embargo, no se mencionan en



este momento porque las listas que fueron proporcionadas los tenían registrados en el dormitorio de hombres y en el de mujeres respectivamente.

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

El rango de edad en el caso de la sección de hombres fue de 69-89 años con una media de 78, en el de mujeres fue de 63-90 años con una media de 82, y en enfermería fue de 65-91 años con una media de 81.

IZT. 1000814

En cuanto al estado civil, dentro de la sección de mujeres un 50% son viudas, el 40% solteras y el 10% son casadas, mientras que en los hombres, el 50% son solteros, el 40% viudos, e igualmente el 10% son casados; en el caso de la enfermería también el 50% son solteros, el 40% viudos y un 5% son tanto casados como divorciados.

En relación al nivel de estudio, el 60% es analfabeta, el 30% sabe leer y escribir con escolaridad máxima de 4o. año de primaria, y sólo el 10% tiene el 6o. año de primaria u otro grado superior.

Por su parte, el motivo de ingreso a la institución por "Abandono Parcial" lo tienen un 40% al igual que "Carencia familiar", el 10% de la muestra tiene reregistrado por "Abandono total" y en la misma proporción por "Rechazo social".

Los expedientes médicos de la muestra revelaron en cada residente una serie de 3 ó 4 padecimientos, de los cuales un 40% padece artritis reumatoide, un 30% diabetes mellitus, un 40% catarata senil bilateral, un 35% hipoacusia uni y bilateral, un 50% anodoncia parcial, y un 20% con omcomicosis, sin embargo, también se encuentran aunque menos frecuentes, conjuntivitis y bronquitis crónicas, cáncer y tumoraciones, así como ceguera total.

Dentro de la muestra seleccionada, un 10% se dedica a realizar una actividad, y en su mayoría son del dormitorio de mujeres, de las cuales acuden algunas al taller de productividad. Del dormitorio de hombres sólo un residente realiza trabajos fuera de la casa-hogar, mientras que dos personas se dedican a leer libros o revistas, en el caso de la sección de enfermería igualmente sólo dos pacientes del sexo femenino realizan actividades de costura y bordado.

Después de haber sido seleccionada e identificada, la muestra fue evaluada por medio del test de Auto-estima de



Zung, para diagnosticar a los Depresivos, y el DSM-III para determinar los casos límites. De entre los depresivos, se eligieron al azar 8 pacientes que fueron asignados dentro de los 4 grupos.

Una vez que quedaron asignados dentro de los grupos, con cada paciente se llevo a cabo una entrevista, y de esta manera se aplicó el Inventario de Beck; para dar pauta al inicio del tratamiento de acuerdo a su grupo.

MATERIALES

- 1)-Lápiz, pluma y reloj,
 - Cajón de bolero con: 2 grasas, 2 cremas, 2 cepillos, 1 brocha doble, 2 tiras de manta de aprox. 15 cm. de ancho.
 - Una maceta pequeña, una planta (geranio)
 - Dos cubetas: una de aprox. 15 lt. y otra de 1 lt.
 - 50 grs. de estambre rosa y 50 grs. de amarillo.
 - Fichas de terciopelo de 4 X 3 cm.

2)-Formatos de registro

a)Se registró la asistencia o motivo de la falta a la sesión de terapia, así como la fecha del cumplimiento de las metas, la asignación y revisión de tareas (ver anexo K2).

b)Se registró el cumplimiento del criterio y la escala de agrado de la actividad, así como las metas alcanzadas y el reforzamiento proporcionado (ver anexo K3)

3)-Inventarios y Escalas

a)Test de Auto-estima de William W.K. Zung.

b)DSM-III

c)Inventario de Beck para Depresión

d)Escala de agrado de la actividad

0 - MUY AGRADABLE

1 - AGRADABLE

2 - INDIFERENTE

3 - POCO DESAGRADABLE

4 - DESSAGRADABLE

P R O C E D I M I E N T O

DESCRIPCION DE LOS GRUPOS

GRUPO # 1

TERAPIA - COGNITIVA

Este tipo de tratamiento tiene 2 propósitos: (Shaw & Beck, 1977)

1) Producir cambios en la pasividad del paciente, en la evitación y en la falta de reforzamiento o gratificación.

2) Estimular en el paciente la evaluación empírica de las sobregeneralizaciones de sus creencias de inadecuación e incompetencia.

Consiste en la aplicación de 3 pasos:

a) COLECCION DE DATOS BASE, es decir "los pensamientos automáticos del paciente", las imágenes, sentimientos y deseos, los cuales se refieren a sus cogniciones con una visión negativa hacia:

- 1) el mundo que lo rodea
- 2) su futuro
- 3) su auto-percepción

Se recolectan los datos por el reporte verbal de las cogniciones y emociones que experimenta entre y durante las sesiones, así como por material introspectivo escrito por el mismo paciente, con todo lo cual se obtiene información relevante para definir las metas de la terapia.

b) FORMULAR HIPOTESIS BASADAS EN LOS DATOS

El terapeuta debe considerar los datos introspectivos del depresivo como una construcción particular de la realidad para elicitarlos y que de esta manera se provea de la información que indique el contexto del paciente. Una vez que se han obtenido los datos, conjuntamente terapeuta y paciente los conceptualizan bajo diferentes rotulos: auto-crítica, auto-desprecio, inferioridad, etc.

c) PROBANDO (Y POSIBLEMENTE REVISANDO) HIPOTESIS BASADAS EN NUEVOS DATOS

Al principio de cada sesión terapeuta y paciente preparan una agenda de trabajo. El terapeuta dirige discusiones sobre las áreas problema señaladas para su intervención, y donde el cuestionar es una de las mejores herramientas. De esta manera las cogniciones que se reportan junto con las circunstancias externas que se describen, constituyen la información básica de la cual, el terapeuta desarrolla sus hipótesis y realiza inferencias. Es muy importante a lo largo de la terapia ir corrigiendo los conceptos erróneos y la validez de las conclusiones del paciente, además de señalar e indicar los logros alcanzados conjuntamente con una reevaluación de las creencias negativas iniciales dentro de la triada cognitiva. Para lo cual Shaw & Beck (1977) sugieren que se apliquen técnicas de cambio conductual para las metas inmediatas, como el ensayo cognitivo, programación de actividades, role-playing, etc., aclarándole al paciente que son para disminuir el auto-desprecio y poco humor, ya que no significan una curación terapéutica.

El estado final de la terapia incluye la identificación de las creencias y suposiciones con las cuales el paciente construye y ordena su mundo, el contenido de tales actitudes puede ser inferido por una examinación periódica de los motivos de las respuestas cognitivas del paciente en situaciones específicas.

Lo anterior constituye un esbozo general del tratamiento, la estructuración para los pacientes del presente proyecto fue la siguiente:

Se llevaron a cabo en forma de entrevistas individuales entre el anciano y el terapeuta con una duración aproximada de 30-45 min., una vez por semana, guardando constantes de tiempo y espacio.

FASE I -DIAGNOSTICO-

Explicación del trabajo a seguir en función del grupo

- 1o. Identificación de las cogniciones problema
- 2o. Establecimiento de las metas del tratamiento.

FASE II -INTERVENCION TERAPEUTICA-

Según el caso se utilizaron las siguientes técnicas:

- A) ENSAYO COGNITIVO

Consistió en la exposición por parte del paciente, de los problemas que obstaculizan el cumplimiento de sus actividades, por medio de la imaginación, donde él mismo piensa y verbaliza la secuencia de los pasos involucrados en la actividad.

B) ASIGNACION GRADUADA DE METAS

Consistió en el establecimiento jerárquico de los pasos a alcanzar, de acuerdo a las posibilidades físicas e intelectuales del paciente, así como de las condiciones ambientales vigentes.

C) SEÑALAR LOGROS

Consistió en la manifestación por parte del terapeuta de las metas alcanzadas, que previamente habían sido elaboradas conjuntamente por él y el paciente.

D) MODIFICACION DE DEBERES (Shaw & Beck,1977)

Algunos pasos para llevar a cabo esta estrategia son:

- a)Examinación de cuando aplicar los deberes
- b)Comparación de los deberes con lo que el paciente quiere
- c)Exploración de las consecuencias cediendo en la regla "DEBER"
- d)Conteo automático de auto-órdenes
- e)Inversión de papeles.

E) ASIGNACION DE TAREAS

Generalmente consistieron en realizar actividades que se programaron en base al avance del paciente.

SESIONES

El desarrollo de las sesiones tuvo la misma estructura a partir de la fase II.

FASE I - Explicación del trabajo a seguir en función del grupo.

Colección de datos base

Elaboración de metas de tratamiento.

FASE II - Elaboración de agenda del día

Obtención de datos

Conceptualización de datos formulando hipótesis

Probando y revisando hipótesis en nuevos datos por medio del manejo de alguna de las técnicas.

Señalar logros

Asignación de tareas

*el terapeuta se presentó en el lugar de realización de las actividades, cada vez que los pacientes de éste grupo las llevaron a cabo, evaluando el criterio y agrado de la actividad en base a la escala establecida.

GRUPO R 2

TERAPIA - CONDUCTUAL

El enfoque conductual pretende modificar:
(Lewinshon y cols.,1976)

a) EN EL AMBIENTE.- Las consecuencias que obtiene el depresivo de las personas que lo rodean.

b) EN EL PACIENTE.- las conductas hacia su ambiente y las verbalizaciones cubiertas vocales.

Su aplicación general es:

A) FASE DE DIAGNOSTICO

Se obtiene información acerca de la conducta del paciente, observandolo en su ambiente, enfatizando las clasificaciones del humor o ánimo, tipo y frecuencia de las actividades e intereses, así como la información médica relevante. Todo esto para que el terapeuta identifique tanto los déficits o excesos conductuales, así como las alteraciones somáticas y las manifestaciones cognitivas que experimenta el depresivo, y de esta manera elaborar la hipótesis probable acerca de lo que mantiene la depresión.

B) FASE DE ESTABLECIMIENTO DE METAS

El modelo se enfoca en los efectos que tiene el modificar la tasa de reforzamiento positivo, de aquí que el factor esencial en el tratamiento sea, la elaboración de un adecuado "programa de reforzamiento positivo". Para que dicho programa sea llevado a cabo, terapeuta y paciente elaboran conjuntamente las metas que contiene además de incluir modificaciones en la frecuencia, rango y calidad de las actividades, así como de las interacciones sociales que se han derivado del diagnóstico conductual.

C) FASE DE INTERVENCION

El paciente tiene que proporcionar información, monitorear sus actividades, registrar, etc. Lewinshon y cols.(1976) sugieren algunas técnicas que pueden emplearse en el tratamiento para que puedan cumplirse las metas del programa de reforzamiento, por ejemplo, entrenamiento en auto-monitoreo, role-playing, retroalimentación, y principalmente el entrenamiento en habilidades sociales tales como dar y recibir cumplidos,

conversar ante un público, etc.

La estructuración del tratamiento para los pacientes de este grupo se describe a continuación:

Se realizó por medio de entrevistas individuales entre el paciente y el terapeuta, durante las cuales se aplicó el programa de reforzamiento, con una duración aproximada de 30-45 min. diariamente, sin embargo, si el paciente lo deseaba podía permanecer más tiempo en la actividad en que se encontraba.

FASE I - DIAGNOSTICO -

Explicación del trabajo a seguir en función del grupo.

1o. Obtención de información acerca de la conducta del paciente, enfatizando sus relaciones con otros, estado de ánimo, tipo y frecuencia de actividades, así como sus intereses e información médica relevante.

2o. Revisión conjunta entre el paciente y el terapeuta para tratar las conclusiones con un diagnóstico conductual, para establecer las metas del tratamiento y las condiciones para lograrlas progresivamente (Programa de Reforzamiento).

FASE II - INTERVENCION TERAPEUTICA -

1o. Asignación y descripción de la actividad a realizar por el paciente.

2o. Utilización continua de la técnica:

A) DOMINIO Y SATISFACCION

Consistió en programar las actividades del paciente en función del dominio en la ejecución y el agrado que se obtuvo al realizarla.

Con la posibilidad de cambiarla si surgía una en la que se obtuviera más satisfacción al realizarla ó en la que el grado de dominio fuera mayor.

3o. Empleo opcional de las siguientes técnicas:

B) MODELAMIENTO

a) Se utilizó en los casos en que la actividad y el desconocimiento de ésta por el paciente se presentaron.

b) Consistió en una muestra de la ejecución por parte del terapeuta.

C) MOLDEAMIENTO

a) Se empleo cuando el paciente requería las indicaciones y cuando se necesitó previamente el MODELAMIENTO.

b) Básicamente consistió de las indicaciones por parte del terapeuta para que el paciente ejecutara la acción y en los casos correspondientes, la corrección de los pasos a seguir en la secuencia.

D) INSTIGACION

a) Fue utilizada por el terapeuta, cuando el paciente no comenzaba la actividad por negativismo o por descripción de imposibilidad, de igual manera, cuando durante la ejecución de la actividad no realizaba los pasos de acuerdo al moldeamiento.

b) Consistió en llevarle de la mano, ayudarle a cambiar o llevarlo a los materiales de la actividad, así como guiarle físicamente en los pasos para la realización de la actividad.

E) REFORZAMIENTO POSITIVO

a) Se utilizaron 2 clases de reforzamiento positivo:

1) Cada vez que el paciente realizaba o terminaba la actividad

2) Cada vez que se lograba una meta.

b) Para la ACTIVIDAD, consistió en la presentación simultánea y contingente a la realización de la actividad el reforzamiento social en 3 formas:

i) VERBAL.- por ejemplo decirle "muy bien", "lo haces muy bien", "buen trabajo".

ii) CONTACTO FISICO.- acariciarle la cabeza, espalda, hombro, ó estrechar las manos y/o retener la mano.

iii) EXPRESION FACIAL.- "sonreír", "contacto visual hacia el paciente y su ejecución", reír.

b) Para el logro de METAS, consistió en la elección de:

i) REFORZADOR MATERIAL.- leche, pan, dulce, o ficha que indicara el logro; una vez completaadas todas las fichas se podría elegir entre premios como estambre, utensilios, etc.

ii) REFORZADOR SOCIAL.-"comer con algún amigo", "escuchar música juntos", "participar juntos en juegos", "caminar juntos".

SESIONES

El desarrollo de las sesiones estuvo en función de:

1o. La hora en que los pacientes solicitaron el material, o la hora en que ellos lo sustrajeron de donde se encontraba, y/o el momento en que se les entregó.

2o. El terapeuta acudió al lugar de la actividad y aplicó la técnica correspondiente al caso (MODELAMIENTO, MOLDEAMIENTO, INSTIGACION y/o REFORZAMIENTO POSITIVO).

3o. El criterio para considerar realizada la actividad fue: "Que el paciente estuvieraa por lo menos 5 minutos reaalizando las acciones pertinentes de su actividad".

4o. El terapeuta evaluó el agrado de la actividad de acuerdo a la escala esstablecida.

5o. Asignación de tareas.

GRUPO k 3

TERAPIA COGNITIVA - CONDUCTUAL

Estuvo formado por una combinación de las terapias empleadas en los dos grupos anteriores, presentadas simultáneamente a los pacientes dentro de éste grupo.

SESIONES

Las sesiones fueron programadas de la siguiente manera:

En la terapia cognitiva fueron estructuradas de la misma manera que para el grupo k 1, sin embargo, en este grupo se eligió conjuntamente entre terapeuta y paciente, el día específico de la sesión, con la salvedad de que siempre fuera antes de que comenzara la actividad programada a su rutina de actividades.

En la terapia conductual se desarrollaron tal y como se describe para el grupo k 2 .

GRUPO k 4

SIN TRATAMIENTO (CONTROL)

A los pacientes dentro de éste grupo no se les aplicó un programa de tratamiento, solamente se entrevistaron cuando se requerían sus evaluaciones.

MEDICION DE VARIABLES

La forma de obtener mediciones de la V.D. para cada paciente de cada uno de los grupos, fue de la siguiente manera:

A) Semanalmente se aplicó el Inv. de Beck hasta que se dió por terminado el tratamiento.

B) Después de concluida la generalización se aplicó otra evaluación para la V.D.

C) En cada sesión de seguimiento que se programó, se aplicó el Inv. de Beck hasta que se concluyeron todas las sesiones.

PARA TODOS LOS GRUPOS LAS FASES CONTINUARON DE LA SIGUIENTE MANERA:

FASE III - GENERALIZACION -

OBJ. 1: Proporcionar entrenamiento a las gericultistas para que ellas administren el programa de tratamiento.

PASOS:

1o. Evaluar conocimientos de las gericultistas (pre-test)

- a) Aspectos biológicos del anciano
- b) Aspectos psicológicos del anciano
- c) Aspectos de Institucionalización.

2o. Proporcionar conferencias a partir del nivel de conocimientos reportado en la evaluación inicial.

3o. Proporcionar conferencias acerca de los programas de tratamiento.

4o. Entrenamiento en la aplicación del programa de tratamiento.

- a) Empleando las técnicas de: Modelamiento, Moldeamiento, Reforzamiento positivo, Role-playing y Retroalimentación.

5o. Evaluar:

- a) Conocimientos (post-test)
- b) Aplicación del programa de tratamiento durante 5 días.

OBJ. 2: Entregar y proporcionar información a las psicólogas acerca de los programas de tratamiento.

PASOS:

1o. Entregar programas de tratamiento y explicación de su estructura y elaboración. 2o. Elaboración conjunta con las psicólogas de la meta a cumplir para cada uno de los pacientes. 3o. Observar la supervisión del programa y la elaboración de una nueva meta por parte de las psicólogas.

FASE IV - PROGRAMA DE SEGUIMIENTO -

CONTENIDO:

1o. Registrar el criterio de ejecución. 2o. Registrar la puntuación en la escala de agrado. 3o. Aplicación del Inv. de Beck.

DISTRIBUCION:

A) DURACION INTERMITENTE CORTA:

-Cada tercer día se aplicó el # 1 y 2 del contenido.

-Ocho días después de terminada la generalización se aplicó el # 3 del contenido.

B) DURACION INTERMITENTE LARGA

-Cada ocho días durante un mes a partir del momento en que se concluyó la condición anterior, se aplicó el # 1 y 2 del contenido.

-Se aplicó el # 3 del contenido cada ocho días durante un mes, a partir del momento en que se concluyó la aplicación de la condición anterior.

C A P I T U L O 5

R E S U L T A D O S

Antes de comenzar a describir los hallazgos obtenidos, es pertinente aclarar algunas circunstancias que se presentaron durante el transcurso de la investigación.

En primer lugar, dados los propósitos de la investigación y la amplitud del rango de clasificación de la escala de AMD de la prueba de auto-estima de Zung, solamente se eligieron los sujetos que cayeron dentro del índice AMD promedio de 64 con un rango de 50-78 clasificados como "Deprimidos Ambulatorios".

Por otro lado, es importante señalar, que desde el primer momento de la aplicación del Inv. de Beck hasta la última evaluación que se realizó, la forma de aplicación fue por medio de entrevistas, ya que algunos pacientes eran analfabetas o se encontraban con deficiencias en la vista, extremidades, etc. A pesar de esto se mantuvo constante el lugar, horario y día de aplicación para cada uno de los pacientes.

Al inicio de la investigación, una vez aplicado el Inv. de Beck, el S1 dentro del grupo # 1, se rehusó a seguir colaborando. Por su parte, el S6 dentro del grupo # 3, después de algunas sesiones de la fase I, se negó a seguir adelante con el tratamiento, mientras que el S5 dentro del mismo grupo, no terminó el tratamiento debido a un accidente. De ésta manera, los grupos quedaron incompletos y se optó por hacer un reporte de historia de casos, incluyendo aquellos que quedaron inconclusos, haciendo solamente los análisis y comparaciones que resultaron pertinentes.

GRUPO N° 1

TRATAMIENTO CON TERAPIA COGNITIVA

CASO S1

S.B.G. paciente de 90 años de edad, sexo femenino, viuda, con escolaridad máxima de 6o. año de primaria y con motivo de ingreso a la institución por ABANDONO PARCIAL, obtuvo una puntuación de 60 en el índice AMD de la escala de Zung, por lo cual se utilizó el DSM-III para determinar su inclusión dentro del grupo de los "Deprimidos Ambulatorios".

En su expediente médico se encuentra diagnosticada con: Artritis Reumatoide, Bronquitis crónica y Anodoncia total, se desplaza con dificultad en su ambiente y con ayuda de su bastón, únicamente se dirige hacia la capilla y al comedor, quedándose en las afueras de éste último para esperar cada alimento, sin hablar con las personas que se encuentran a su alrededor, a menos que éstos lo soliciten.

Inició con una puntuación de 29 en el Inv. de Beck, sin comenzar con la fase I, ya que se negaba primeramente a dialogar con el terapeuta, exponiendo razones como: "ahorita no puedo, tengo que ir al doctor, a desayunar, luego a rezar y ya!, y ya no puedo atenderla, mejor otro día". Y en otras ocasiones decía: "bueno otro día, pero venga más temprano", después más claramente decía: "no, no quiero hablar con nadie, es más, no puedo, no quiero hablar con usted, ni quiero trato", en otros casos evadía el contacto con el terapeuta, ya que al verlo se dirigía a otro lugar, o no contestaba el saludo.

Para aclarar esta situación, la psicóloga encargada de éste paciente y el terapeuta fueron a hablar con éste, y los resultados de la entrevista fueron:

Al entrar a su habitación ocultó la cabeza y dijo : !ya llegó ésta que me cae mal (mirando de reojo al terapeuta)!, durante toda la entrevista solamente miró de reojo al terapeuta y cuando éste la saludo, además de retirar súbitamente su mano, se la dio a la psicóloga (a quien se la tomaba y acariciaba). Los argumentos textuales que dio para explicar el porque no quería hablar con el terapeuta fueron:

"No quiero dar a saber nada de lo que fui, de lo que soy, y de lo que pienso".

"No quiero que se sirvan y aprendan o se instruyan con mi experiencia, con mi persona, ... ya me tienen cansada".

"No es que me caiga mal, pero no quiero hablar ni contrariarme con las personas, no me gustaa discutir".

"Mejor deben de ocuparse de alguien que valga la pena, porque yo soy alguien que no vale nada, soy muy insignificante".

CASO S2

E.G.P. paciente de 79 años de edad, sexo masculino, viudo, analfabeta, y con motivo de ingreso a la institución por ABANDONO PARCIAL, tiene 2 hijos, 1 nieto y un cuñado que esporádicamente lo visitan. Obtuvo una puntuación de 54 en el índice AMD de la escala de Zung, por lo cual se utilizó el DSM-III para poder determinar su inclusión dentro del grupo de los "Deprimidos Ambulatorios". En su expediente médico se encuentra diagnosticado con: Diabetes mellitus no insulínica, Catarata senil O.I. y Anodoncia parcial. A pesar de su deficiente agudeza visual puede desplazarse por la casa-hogar con ayuda de un bastón, pero no realiza ninguna actividad ni participa en las salidas programadas por parte de Trabajo social.

FASE I - DIAGNOSTICO -

Para poder llevar a cabo dicha fase fueron necesarias 4 sesiones, en las cuales se recolectaron los siguientes datos:

Su rutina de actividades era: desayunar, baño opcional, terapia para sus manos, dormitorio, comida, patio, escuchar radio, dormir o cenar, conversaciones frecuentes con el residente que vende los refrescos y cuando no sabía que hacer, escuchaba música o novelas.

Como cogniciones problema se identificaron 2 variantes: Respecto a

a) su ENFERMEDAD, con una visión negativa de sí mismo, ya que expresaba: "ésta caramba suerte que tengo", acompañada de ideas con sentimientos de inadecuación como: "no sé porque me tuvo que pasar a mí". Y con deseos de muerte vagamente expresados con: "yo le pido a Dios que mejor ya me muera".

b) Respecto a ser ASILADO ya que se describe con una auto-percepción negativa y auto-derrotante al decir que: "siento la necesidad de hacer algo, pero ... tal vez estoy aquí porque ya no sirvo para nada, y así no soy una carga para mi familia". Por otra parte también expresó sentimientos de impotencia e inadecuación, al decir: "debo de hacer algo, pero no puedo, por mi vista que está fallando y también mis manos porque se me entiezan", "por eso mejor ya no pienso, porque me da muina (coraje)".

En las últimas sesiones de esta fase, describió una expectativa negativa del mundo que lo rodea y de su incapacidad de defenderse, debido a su estado de salud al

expresar que tiene temor de ser agredido por otros residentes, ya que está en desventaja por no ver bien.

Para concluir con la fase, se le cuestionó sobre alguna actividad que le gustaría realizar, parapromover los preparativos correspondientes, los cuales serían el resultado del cumplimiento de 5 metas de la terapia cognitiva, que fueron conjuntamente elaboradas y programadas por el terapeuta y paciente (ver anexo # 4).

FASE II - INTERVENCION TERAPEUTICA -

En la primera sesión de ésta fase, el paciente ya tenía una respuesta para la actividad que le gustaría realizar, y la cual fue: "regar las plantas, de las macetaas que estan en el pasillo de entrada al dormitorio de hombres" (ver anexo # 5), ya que ésta había sido su intención anterior aunque no muy exitosa, porque varias veces cayo al suelo con la cubeta, expresó que: "tal vez vuelva a fracasar, como no puedo ver, no puedo barrer o limpiar mesas, pero creo que con el tiempo podría acostumbrarme a regar las macetas si tuviera un bote con asa".

En consecuencia se comenzaron a programar las tareas a través de 5 metas resultantes de la progresiva realización de la actividad, hasta que ésta se mantuvo por sus propias consecuencias (ver anexo # 6).

Los resultados obtenidos durante el desarrollo de las metas de la terapia cognitiva demostraron un cambio en su auto-percepción y una modificación en sus sentimientos de "perdedor y de auto-derrota", ya que al final reportó que "ahora se que puedo ... puedo y debo ... porque si puedo, debo de poder, no debo de estar sentado, siento que es mi deber regarlas". Sin embargo, se presentaron eventos que provocaron reincidencia en las formas de pensar del paciente, por ejem. cuando estuvo enfermo expresó: "ya le falle, no puedo hacerlo, si no tuviera el escalofrío otra cosa sería". El resultado de la terapia se proyectó cuando expresó "ahora comprendo que si lo dejo de hacer seraa porque estoy enfermo o por hacerlo inadecuadamente, pero no me siento mal, porque no es una obligación que ustedes me hallan impuesto, si lo hago es porque "yo quiero y porque yo puedo".

Otro de los caso sucedió cuando tuvo una dificultad con una Trabajadora social, quien le prohibio seguir con el programa que se le había indicado, además de acusarlo de algo que él no había cometido. Después de éste acontecimiento solamente decía: "taal vez, lo mejor sea no hacer nada, se aprovechan porque uno no puede

defenderse" volviendo con sus ideas auto-derrotantes.

El resultado de la terapia fue expresado por el paciente al decir: "ante mis compañeros mejor debo de retirarme y ante una autoridad mejor quedarme callado porque pueden malinformar ... yo estoy pensando que cuando usted se vaya yo las seguire regando, porque yo ya quede impuesto, y las plantitas no tienen ninguna culpa". De igual forma el paciente expresaba la incomprensión de sus compañeros, quejandose además de la pérdida de su afecto, ahora que realiza la actividad algunos le dicen: !barbero, cuanto te van a pagar por hacer eso!, sin embargo, al final de las sesiones para dicha meta, reportó que dada la insistencia de sus compañeros en molestarlo siempre les contestó: "no me van a pagar, y si hago algo es porque me gusta, desde la noche estoy pensando como le voy a hacer, y es algo que puedo hacer, porque me siento mejor de mis manos.

La última meta del tratamiento señalaba la programación, organización y realización de una actividad por parte del paciente, no obstante éste desde el inicio comenzó a realizar la actividad, siempre dando sugerencias de formas de llevarla a cabo, las cuales en algunas ocasiones le proporcionaban mayor contacto con las personas o la ampliación de las acciones a realizar, pues él mismo propuso la inclusión de 2 macetas más para su actividad.

Pasando ahora, a describir los resultados en cuanto a la puntuación obtenida en la escala de agrado, el paciente siempre tuvo una puntuación de 0 (Muy agradable) y solamente disminuyó a 1, cuando estuvo enfermo (siendo el primer contratiempo que se le presentó), continuando en las siguientes sesiones con el promedio de 0, aún en los días en que tuvo los demás contratiempos.

FASE III - GENERALIZACION -

Durante esta fase, el paciente cumplió con el criterio de la actividad, mantuvo una puntuación de 0 en la escala de agrado, y reportó además que: "estoy seguro de seguir haciendolo, hasta donde pueda, cuando ya me muera, pues ya no!".

FASE IV - SEGUIMIENTO -

Igualmente durante ésta fase se registró tanto el cumplimiento de la actividad, como un promedio de 0 en la escala de agrado, pese a que se presentaron algunos otros contratiempos con el servicio de trabajo social, respecto a la cubeta con la que regaba y el resguardo de ésta, así como el cambio de dormitorio que ordenó para el

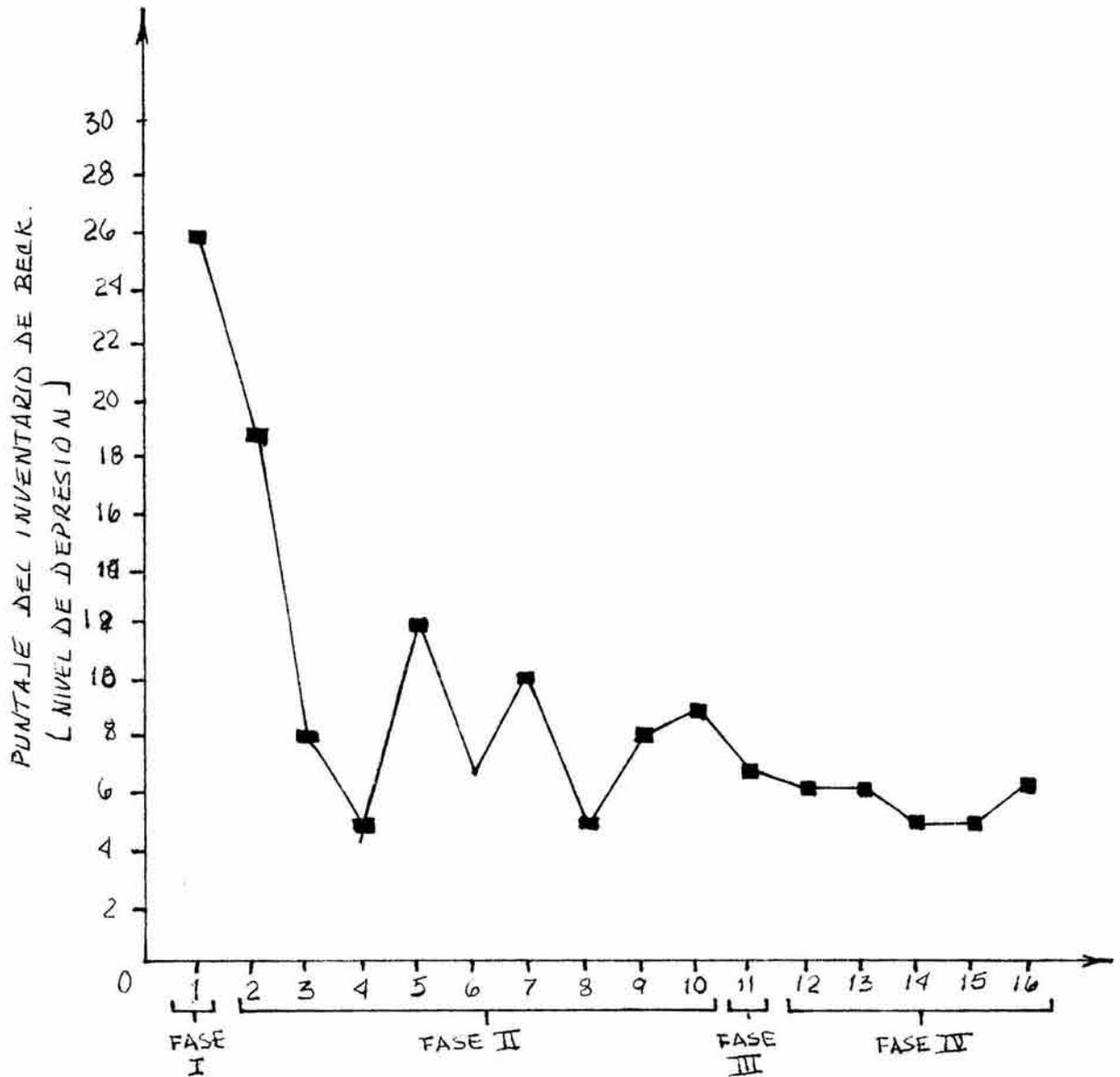
paciente, sin embargo, éstos fueron oportunamente atendidos por la psicóloga encargada.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en el Inv. de Beck, como indicativo del nivel de depresión, a lo largo de la investigación, se presenta una reducción notable a partir de que se comienza el tratamiento, ya que partiendo de 26 en el pre-tratamiento se redujo a 19 en la primera semana de tratamiento, durante la actividad vuelve a reducirse hasta 8 y 5, sin embargo aumentó a 12 en el periodo en el que estuvo enfermo y no pudo realizar la actividad, vuelve a bajar a 7 durante la actividad y a subir a 10 cuando tuvo el problema con la Trabajadora social, en la siguiente semana obtuvo una puntuación de 5, las puntuaciones posteriores fueron de 8 y 9 para concluir con el tratamiento, en ésta última fue donde tuvo fricciones con sus compañeros. En la semana de generalización obtuvo 7 en el Inv. de Beck, y ya para el seguimiento fueron 6,6,5,5 y 6 consecutivamente hasta el final del seguimiento. (ver tabla # 1 y gráfica # 1).

E. C. P. (S2)	
GRUPO B 1	
INV. BECK	F A S E
26	I PRE-TRATAMIENTO
19	.
8	.
5	.
12	.
7	II TRATAMIENTO
10	.
5	.
10	.
9	.
7	III GENERALIZACION
6	.
6	.
5	IV SEGUIMIENTO
6	.
5	.

TABLA No. 1

Muestra los valores obtenidos en el Inventario de Beck por el paciente S2 del grupo B 1.



GRAFICA N. 1. Muestra como las puntuaciones del paciente 62 parecen ser susceptibles a la aplicación de tratamiento, pues a partir de ese momento se mantienen en valores muy bajos hasta la generalización y seguimiento.

Falta página

N° 62

TRATAMIENTO CON TERAPIA CONDUCTUAL

CASO 53

M.H.N., paciente de 82 años de edad, sexo femenino, soltera, analfabeta, con motivo de ingreso a la institución por "Carencia familiar", obtuvo una puntuación de 63 en el índice AMD de la escala de Zung, por lo cual se empleo el DSM-III para poder determinar su inclusión dentro del grupo de los "Deprimidos ambulatorios".

En su expediente médico se encuentra diagnosticado con: Catarata bilateral, Onicomiosis e Insuficiencia Venosa de Retorno. En su ambiente se desplaza con ayuda de un baston y por lo regular solamente es hacia los baños y el comedor, a excepción de los días en que va al consultorio médico o a la capilla. Fuera de éste movimiento no realiza ninguna actividad, solamente se queda sentada en su cama, sin hablar con alguna persona, no participa tanto en las salidas programadas por trabajo social, como en las convivencias de los viernes.

Su rutina de actividades era: desayunar, ir al dormitorio, baño opcional o consultorio médico, rezar en su recamara o acudir a la capilla, comer, ir al dormitorio, merendar, y dormir. Conversa muy brevemente y solo en caso que se lo soliciten ya sean sus compañeras o el personal, menciona que anteriormente (cuando veía un poco más) acudía a los lavaderos para lavar tanto ropa ajena como la propia y se quedaba a cuidar la tendida para entregarla completa, de ésta manera obtenía un ingreso, pero ahora ya no lo hace porque esta perdiendo la vista.

FASE I - DIAGNOSTICO -

Para cumplir con esta fase se realizaron 5 sesiones (una semanalmente) y la información que se obtuvo fue la siguiente:

En toda su vida anterior al ingreso a la casa-hogar, fue cocinera al servicio de varias familias con las cuales vivió. Reporta alteraciones somáticas como: Pérdida del sueño, dolores de cabeza y trastornos gastrointestinales, que se ven acompañados de manifestaciones cognitivas de una expectativa negativa del pasado y del futuro, ya que reporta: "todas las noches

me la paso pensando donde estarán mis patrones y sufro porque tal vez unos están enfermos". Se queja de experimentar pérdidas de afecto, dinero y personales que antes al poder lavar ropa ajena obtenía, y ahora como ya perdió casi toda la vista no puede conseguirlos, por lo cual expresa sentimientos de apatía como: "ya no me gusta nada, nada, ni leche, porque me hace daño, ni fruta, ni dulces, lo que me gustaría es poder caminar, pero ya ve que no puedo por mi vista.

Por último, para lograr obtener alguna actividad que le interesará expreso una expectativa negativa al decir que: "la jardinería me gustaría, pero el personal quita las macetas que hay en las terrazas, así es que, aquí, no se puede tener algo ... pero lo intentaremos, aunque de una vez le digo que no van a salir bien las cosas".

La fase I concluyó con la planeación de la actividad: "Regar una maceta" (se escogió un geranio porque era del agrado del paciente y por su fácil adaptación y plantación), y con la estructuración de un programa de reforzamiento por medio de fichas, que contenía 5 metas (ver anexo # 7).

FASE II - INTERVENCION TERAPEUTICA -

Desde la primera sesión de essta fase, el paciente obtuvo una puntuación de 1 en la escala de agrado, realizando la actividad durante 3 sesiones más y manteniendo dicha puntuación en la mencionada escala. En la siguiente sesión obtuvo una puntuación de 0 en la escala de agrado y estuvo fluctuando de 1 a 2 cuando había eventos tales como enfermedad o consultas con el oculista, ya que al regresar decía: "...parece que me van a operar y entonces me va a disculpar porque ya no podre hacerme cargo de la plantita". Otro de los casos fue cuando reportó: "en realidad yo no tengo obligación de hacer esto, porque anteriormente una Dra. nos dijo que no hicieramos nada, que todo lo debe hacer el personal, por eso le pagan!", las ocasiones en que obtuvo 0 en dicha escala, se debio a que reportaba que le agradaba o que ya se estaba "encariñando con la plantita".

Para llevar a cabo el cumplimiento de las metas, algunas veces se tuvo que instigar la realización de la actividad, y solamente después de algunas sesiones al observar los resultados de su actividad el mismo paciente expresó: "ahora me agrada hacerlo, porque es una distracción diferente y además me gusta", sin embargo la puntuación más alta que se obtuvo en la escala de agrado nunca fue mayor a 1, ni aún en las ocasiones en que tuvo

visitas de sus amigos logro disminuir a 0 la puntuación en dicha escala.

Después del cumplimiento de todas las metas establecidas para esta fase, el paciente reportó: "no me siento muy bien por la vejez, pero me siento bien haciendo algo en lugar de no hacer nada, hasta busco qué hacer". Sin embargo, al proporcionarle el reforzamiento establecido expresó falta de gratificación al decir: "ya no me interesa ni me gustan muchas cosas que antes si me gustaban".

FASE III - GENERALIZACION -

Durante 5 sesiones en que se llevo a cabo esta fase, en las 3 primeras el paciente reportó una puntuación de 0 en la escala de agrado, y en las dos últimas reportó una puntuación de 1 nuevamente, porque ya no tenía la maceta en su cuarto, sino que ahora estaba en el jardín y tenía que desplazarse a mayor distancia.

FASE IV - SEGUIMIENTO -

En la primer secuencia de esta fase, el paciente realizó las actividades correspondientes obteniendo una puntuación de 1, 0 y 0 en la escala de agrado, lo cual proyecta el buen trabajo que realizó la gericultista durante la generalización. Ya para la última secuencia del seguimiento hubo contrariedades ambientales como el hecho de que algunos residentes maltrataron la planta y la destrozaron, la gericultista ressolvió el problema y colocó otra planta igual en otro lugar, pero el paciente reportó una puntuación de 1 en dicha escala. Dado que continuaron semejantes contratiempos se optó por colocar nuevamente la actividad dentro del dormitorio del paciente, para finalizar el paciente concluyó con una puntuación de 0 en la escala de agrado.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en el Inv. de Beck, se observa una disminución muy leve al comenzar el pre-tratamiento y el tratamiento (16 y 15 respectivamente), sin embargo, se va disminuyendo gradualmente hasta llegar a 6 durante la realización de la actividad, a pesar de que la sigue realizando, antes de la siguiente evaluación falleció una de las residentess y aumento al doble la puntuación en el Inv. de Beck (12). Persistieron estos puntajes hasta antes de 3 evaluaciones previas a la culminación del tratamiento, donde obtuvo 9, 5 y 5 respectivamente. La puntuación

para la generalización fue de 8, ya que se rerealizó el día en que ocurrieron cambios desfavorables en la puntuación de la escala de agrado. En el seguimiento corto hubo un descenso a una puntuación de 4 fluctuando entre 7 y 5 hacia el final de dicha fase (ver tabla # 2 y gráfica # 2).

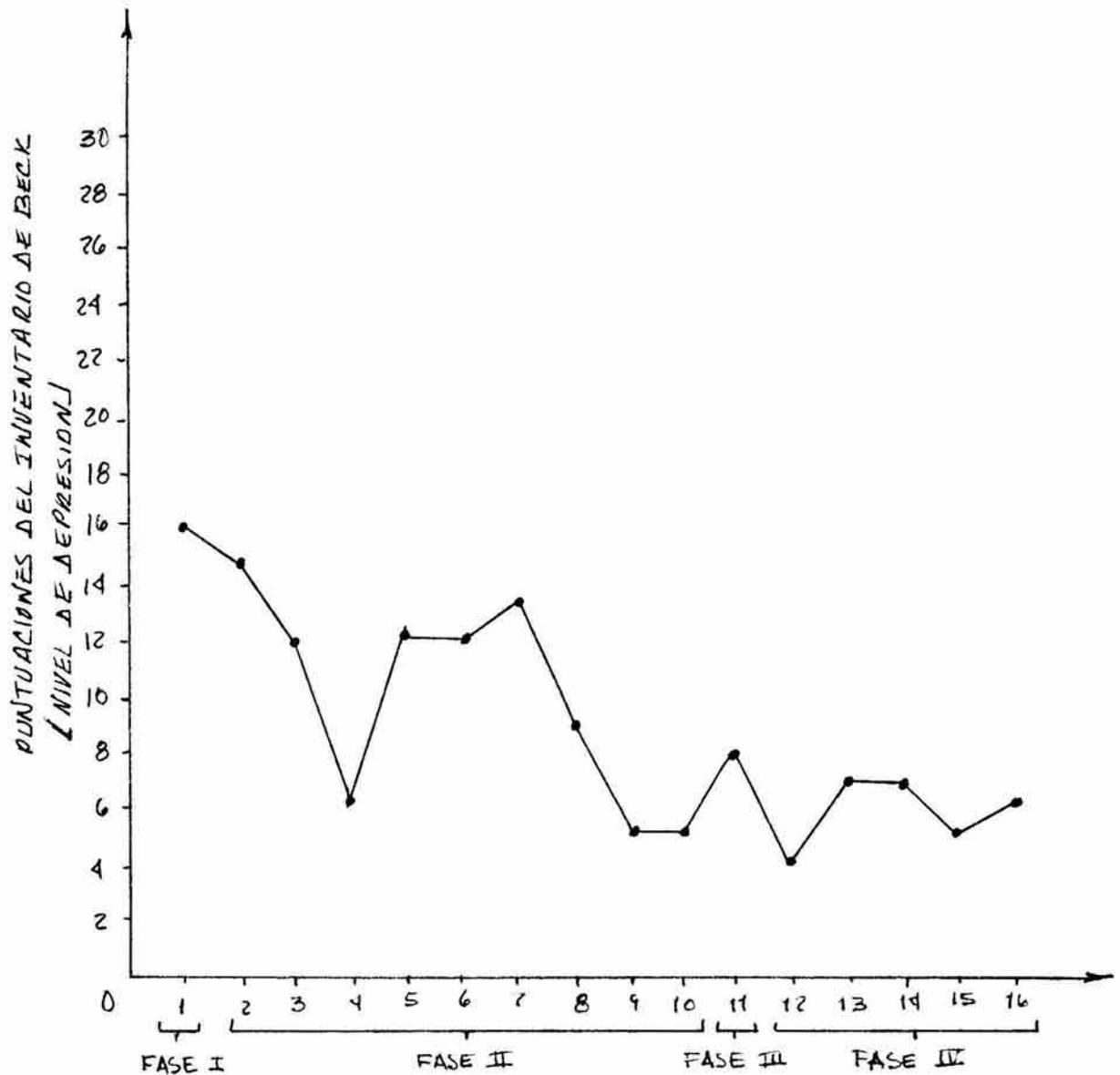
Todo lo anterior nos indica una línea muy susceptible a cualquier tipo de acontecimientos, sin embargo, aunque aumentaban las puntuaciones, a medida que avanzaba la investigación fueron muy leves las alteraciones que ocurrieron, y la línea se fue bajando a valores más pequeños en el nivel de depresión.

GRUPO # 2

INV. BECK	F A S E
16	I PRE-TRATAMIENTO
15	.
12	.
4	.
12	.
12	II TRATAMIENTO
13	.
9	.
5	.
5	.
8	III GENERALIZACION
4	.
7	.
7	IV SEGUIMIENTO
5	.
6	.

TABLA No. 2

Muestra los valores obtenidos en el Inventario de Beck por el paciente S8 del grupo # 2.



GRAFICA N. 2. Presenta la trayectoria de las puntuaciones del paciente S3 mostrando que la depresión se redujo a menos de su valor inicial, sobretodo al compararse con el seguimiento.

Falta página

N° 68

CASO 54

A.T.M. de 84 años de edad, sexo masculino, soltero, analfabeta y con motivo de ingreso a la institución por "Abandono total", obtuvo una puntuación de 51 dentro de la escala de Zung, por lo cual se le considero como "Deprimido ambulatorio".

En su expediente médico se encuentra diagnosticado con: Acucia O.D., Conjuntivitis crónica, Onicomiosis y Anodoncia total. En su ambiente se desplaza con dificultad ayudado de baston y una vez que bajaba las escaleras del dormitorio ya no volvía a subir, quedandose sentaado en una silla del jardín.

Además de ésto sólo se movía para ir al comedor y por las tardes nuevamente a su dormitorio, inclusive a veces no merendaba ni presentaba una higiene personal frecuente.

FASE I - DIAGNOSTICO -

Para realizar esta fase se llevaron a cabo 3 sesiones donde se recolectaron los siguientes datos:

Es visitado por un amigo que conoce desde hace 8 años y el cual es bolero al igual que elpaciente en su vida pasada.

Expresa sentimientos de falta de afeccto de otros: "Yo tengo 2 sobrinos que no me visitan, se queja de pérdidas de propiedades como de su cajón de bolero y de algunos objetos personales.

Dentro de las manifestaciones cognitivas expresa sentimientos de impotencia al decir que: "no, yo no puedo hacer algo ... !míreme!, !caray! que no me ve". Y por último dentro de los deficits conductuales presentó el ser poco comunicativo con los demás, no involucrarse en actividades y un descuido general de su apariencia personal.

Esta fase de diagnóstico concluyó con la elección por parte del paciente de su nueva actividad: "Bolear zapatos", incluida dentro de un programa de reforzamiento que contiene 5 metas (ver anexo R 8).

FASE II - INTERVENCION TERAPEUTICA -

Durante el desarrollo de esta fase, el paciente desde el inicio tuvo que ser instigado para llevar a cabo la actividad, manteniendo constante una puntuación de 0 en la escala de agrado, aún después de las sesiones que fueron interrumpidas porque el personal médico lo llevaba a consultas. Solamente existieron 2 sesiones durante esta fase en donde reportó una puntuación de 1, y estas fueron acompañadas de una expresión de descontento e inconformidad porque: "nadamás di una boleada ... y mire (muestra el dinero) nadamas me pagaron esto! (un residente fue quien le pago), es muy poquito, mejor ya me voy".

Otro resultado que se observó fue la frecuencia con la que acudía a su aseo personal (baño y rasurada) y la comunicación tanto con el personal como con los residentes al solicitarles ayuda para desplazarse al lugar donde boleaba zapatos (ver anexo # 9), ya que esto implicaba bajar y subir escaleras con el material de la actividad. Poco a poco fue solicitando la ayuda de un amigo en especial en lugar del personal y con el cual se quedaba platicando aunque muy brevemente. Además, el paciente expresó que el amigo que lo visita esporádicamente le prometió ayudarlo, por lo cual el mismo paciente decidió encargarle el material que le hacía falta en ese momento.

Esta fase concluyó con una puntuación de 0 en la escala de agrado y con una participación activa del paciente tanto en las salidas que organizó Trabajo social, como en las convivencias de los viernes de cada semana.

FASE III - GENERALIZACION -

Para esta fase se requirieron más sesiones de las programadas, ya que la gericultista algunas ocasiones no cumplió el criterio, sin embargo, el paciente seguía con puntuaciones de 0 en la escala de agrado durante toda la fase.

FASE IV - SEGUIMIENTO -

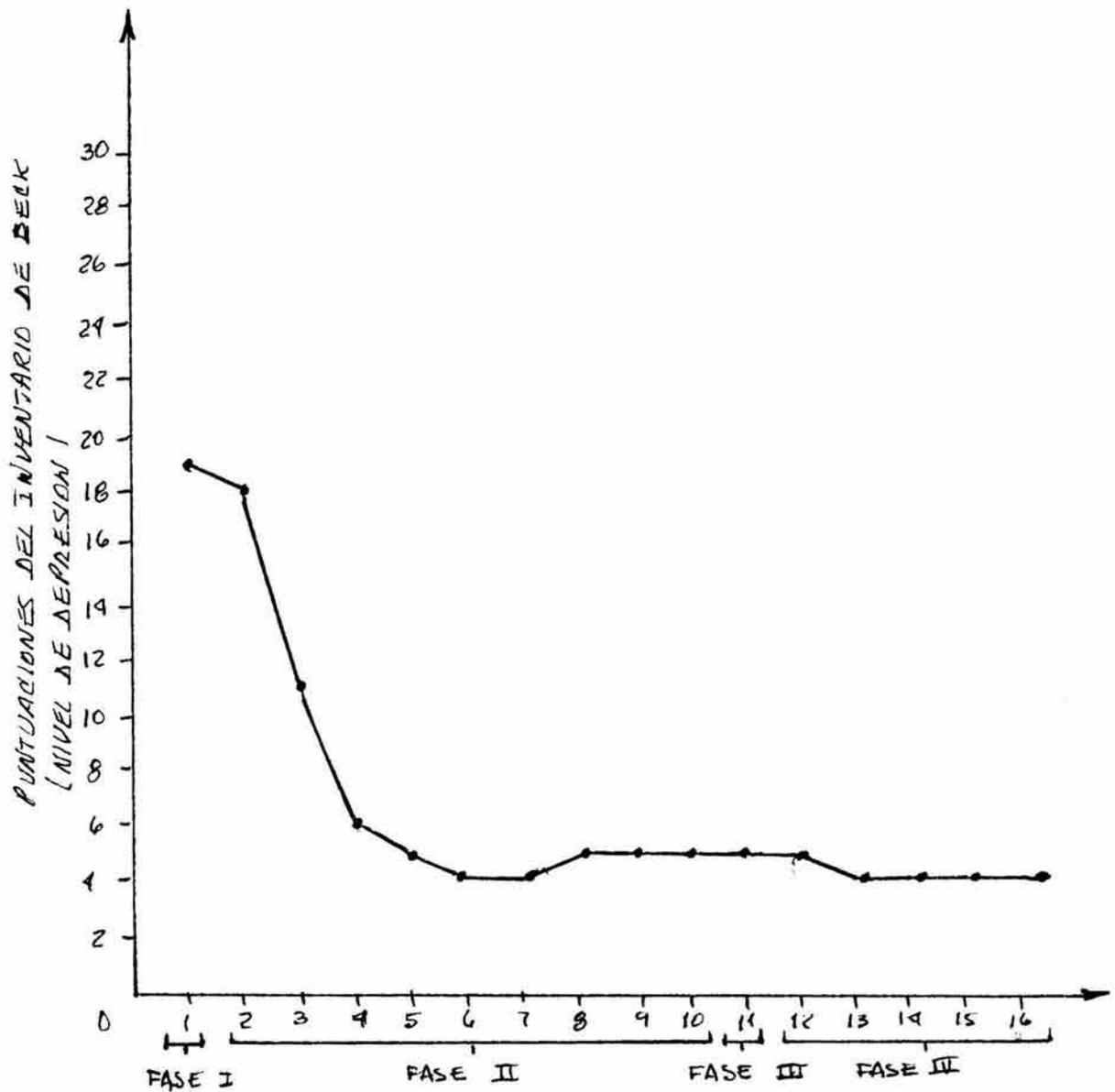
Durante el seguimiento cumplió con el criterio de la actividad, con excepción de una vez, donde fue al taller de productividad para observar una revista. Mantuvo la puntuación de 0 en la escala de agrado, excepto en una sesión donde no boleo ningún calzado además de que había festival en el salón de usos múltiples y no podía estar ahí.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en el Inv. de Beck, se puede decir que aunque no hay gran diferencia entre el pre-tratamiento y el inicio de éste (18 y 19 respectivamente), a partir de la tercera evaluación hay un decremento hacia un tercio del valor inicial (16), manteniéndose en puntajes muy bajos hasta el final del tratamiento y permaneciendo constantes tanto en la generalización (5) como al inicio del seguimiento (5), sin embargo, en éste último llegó a bajar aún un poco más y a mantenerse a ese nivel (4) (ver tabla & 3 y gráfica & 3), lo cual nos indica un decremento en el nivel de depresión que logró mantenerse en valores muy bajos hasta el término de la investigación.

A.T.M. (S4)	
GRUPO R 2	
INV. BECK	FASE
19	J PRE-TRATAMIENTO
18	.
11	.
6	.
5	.
4	} II TRATAMIENTO
4	.
5	.
5	.
5	III GENERALIZACION
5	.
4	.
4	} IV SEGUIMIENTO
4	.
4	.

TABLA No. 3.

Muestra los valores obtenidos en el Inventario de Beck por el paciente S4 del grupo R 2



GRAFICA # 3. Muestra el caso del paciente S4. Los datos sugieren que el nivel de depresión se redujo notablemente desde el inicio del tratamiento hasta el final de la investigación.

Falta página

N°

73

TRATAMIENTO CON TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL

CASO 55

P.O.G., de 83 años de edad, sexo femenino, soltera, con estudio máximo de 2o. grado de primaria, y con motivo de ingreso a la institución por "Carencia familiar", obtuvo una puntuación de 60 en la escala de Zung, por tal motivo se empleo el DSM-III para determinar su inclusión dentro del grupo de los "Deprimidos ambulatorios".

En su expediente médico se encuentra diagnosticado con: Artritis reumatoide, Insuficiencia Venosa de Retorno, Anemia clínica e Hipoacusia bilateral. Dentro de su ambiente puede ambular sin ayuda de baston y se desplaza tanto hacia el comedor como al baño, consultorios médicos y al taller de productividad, donde permanece lo que restaa del día hasta antes de la comida, ya que después regresa al dormitorio ó a las bancas del jardín. Durante todo este tiempo no habla con las personas a su alrededor, sólo en el caso que se lo soliciten, no participa en las salidas que organiza Trabajo social, y a las convivencias acude sólo en los casos en que se le lleva, no obstante, permanece un tiempo y después se retira.

FASE I - DIAGNOSTICO -

Para la rerealización de esta fase se requirieron 7 sesiones, ya que la paciente al estar integrada al taller de productividad solamente evadía al terapeuta hastaa que expresó: "yo solo obedezco ala señorita (la instructora del taller), no sea que se enoje", por tal motivo se aclararon las cosas conjuntament terapeuta pacciente e instructora, para que el paciente participara en la investigación realizando trabajos dentro del taller, ya que coincidieron el inicio de la fase II con las vacaciones de la instructora del taller.

La información obtenida fue la siguiente:

Dentro de los deficiits conductuales se presentó el ser incomunicativa con los demás, ya que expresó: "no me gusta hablar mucho". No se involucra en otras actividades que anteriormente realizaba ya que expresa sentimientos de impotencia como: "yo, ya estoy vieja y no puedo hacer nada"; y baja auto-estima: "para lo que es uno ... no, no". Tambien expresa pérdidas materiales y personales: "yo no tengo nada, ni a nadie", que se

acompañan con sentimientos de perdedor: "me fregaron, me deje, y ahora va a ser para toda mi vida". No se queja de falta de afecto, pero expresa sentimientos de apatía y de pérdida de gratificación cuando dice: "yo nadamas hago esto para ganarme un centavo, pero yo se hacer otras cosas, pero para qué?, esto es lo que me dicen que haga".

Dentro de los síntomas somáticos expresa con frecuencia fatiga y alterciones del sueño, así como padecimientos gastrointestinales, pérdida de apetito y la consecuente pérdida de peso.

Al final de esta fase se decidió entre paciente y terapeuta que realizaría la actividad de "tejer prendas para agarrar objetos calientes", ésta se realizaría dentro del horario en que se encuentra en el taller. La fase se concluyó con la elaboración del programa de reforzamiento en 6 metas de tratamiento (ver anexo # 10). Mientras que el programa cognitivo no se logró establecer simultáneamente con el programa anterior, debido al poco lenguaje y comunicación que reportaba el paciente, sin embargo, éste sugirió que después se habraria de esto, ya que lo que deseaba era comenzar a trabajar.

FASE II - INTERVENCION TERAPEUTICA -

Al comenzar esta fase, dentro del programa de reforzamiento sólo 3 sesiones fueron neccessarias para cumplir con la primera meta y aunque comenzó con una puntuación de 2 en la escala de agrado, en las siguientes sesiones reportó 0 y 1 respectivamente.

Una sesión más fue necesaria para que cumpliera con la siguiente meta y además con una puntuación de 0 en la escala de agrado, sin embargo, en la siguiente sesión reportó una puntuación de 2 y aunque para entonces podría cumplir la 3a. meta, esto no se logró debido a la expectativa de la llegada de la instructora del taller, al decir: "cuando venga la señorita, tengo que hacer lo que se diga y no esto que estoy haciendo con usted, por eso ahora lo hago para terminar".

A pesar de esto, en 5 sesiones más cumplió la 3a. meta, iniciando con 2 puntuaciones de 0 en la escala de agrado y en las siguientes con una puntuación de 1, la cual se mantuvo hasta que se reforzó el cumplimiento de la siguiente meta, donde se obtuvo una puntuación de 0, misma que se mantuvo hasta que comenzaron contratiempos como la falta de material y de atención de la instructora del taller, donde nuevamente bajó la puntuación a 1, obteniendose 0 cuando comenzó a trabajar nuevamente hasta el cumplimiento de la siguiente meta.

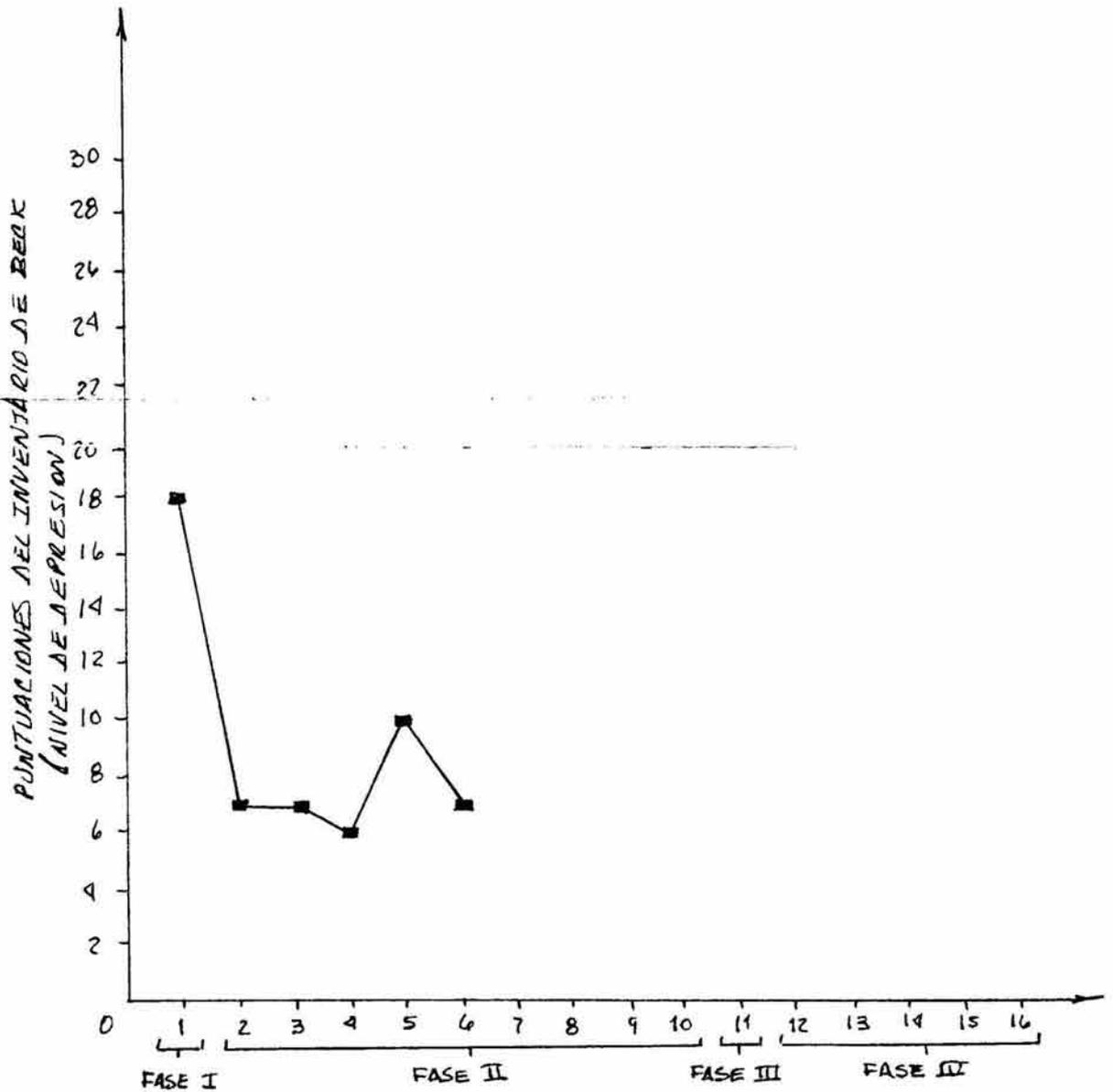
Para el cumplimiento de la última meta, al iniciar la actividad el paciente mantenía la puntuación de 0 en la escala de agrado, sin embargo, dicha puntuación estuvo suceptible a la atención y estimulación que el paciente recibió del instructor, por lo que existió una variación de sesión entre 1 y 0. No se logró llegar al cumplimiento de dicha meta porque la paciente tuvo un accidente y como resultado fue hospitalizada y trasladada después a la sección de cuidados especiales dentro de la casa-hogar, donde el médico además de diagnosticar la gravedad del daño agregó que presentaba Anemia de 2o. grado. Por tal motivo, se dieron por concluidas todas las acciones programadas para este paciente.

Por lo que respecta al programa Cognitivo, como ya se reportó desde la fase I, siempre expresó el paciente condiciones que según ella le impedían hablar, por ejemplo: "estoy ronca ... y estoy tomando medicina", "tengo que desayunar al rato que me llamen, después voy a lavar, ¡después hablamos!", "no tengo ganas de hablar, además voy a trabajar, no sé si voy a poner a hacer otras cosas que me diga la señorita (instructora) o me deje hacer lo que estamos haciendo". En resumen, nunca se llegó a elaborar el programa cognitivo debido a la negativa del paciente. En relación a los valores del Inv. de Beck que se lograron obtener podemos decir que, hubo una disminución notable desde el inicio de la fase II y se mantuvo en dichos valores hasta las dos evaluaciones posteriores. Dicha puntuación aumentó a 10 durante las sesiones donde no estuvo realizando la actividad por falta de material, sin embargo, se observa un retorno a la puntuación de 7 cuando nuevamente estuvo trabajando en la actividad. (ver tabla # 4 y gráfica # 4).

P.O.G. (S5)	
GRUPO R 3	
INV. BECK	FASE
18	I PRE-TRATAMIENTO
7	
7	
6	
10	
7	II TRATAMIENTO
-	
-	
-	
-	III GENERALIZACION
-	
-	
-	IV SEGUIMIENTO
-	
-	

TABLA No. 4.

Muestra los valores obtenidos en el Inventario de Beck, por el paciente S5 del grupo R 3.



GRAFICA # 4. Muestraa las puntuaciones del paciente 55 con una tendencia descendente en los valores de la depresión, sin embargo, quedo incompleta porque el paciente no pudo concluir el tratamiento.

Falta página

N°

78



UNAM CAMPUS
IZTACALA

CASO S6

A.Z.A., de 74 años de edad, sexo masculino, viudo, analfabeta y con motivo de ingreso a la institución por "Carencia familiar", obtuvo una puntuación de 68 en la escala de Zung, por lo cual se utilizó el DSM-III para determinar su inclusión dentro del grupo de los "Deprimidos ambulatorios"

En su expediente médico se encuentra diagnosticado con: Artritis reumatoide y Degeneración total, dentro de su ambiente que es la sección de Cuidados especiales (enfermería) no se desplaza con su bastón más allá del frente de la puerta de la sección, no habla con sus compañeros ni con el personal, a excepción de un invidente de los dormitorios que se desplaza con bastón hasta dicha sección, y con un enfermero del turno matutino.

IZT. 1000814

FASE I - DIAGNOSTICO -

Se llevaron a cabo 7 sesiones dentro de las cuales no se logró concluir esta fase, debido a la negativa del paciente, por consiguiente los únicos datos que se lograron obtener fueron los siguientes:

Dentro de los excesos conductuales expresó una inconformidad en cuanto a pérdidas de propiedad, dinero y sobre todo de su vista, expresando sentimientos de sufrimiento causado por otros al decir: "los que experimentaron conmigo no tienen perdón, ya me fregaron para toda mi vida, y fueron esos ¡fachozos doctores!, que no saben nada", "teniendo uno la vista puede hacer muchas cosas, pero así ... nada, nada". Le molesta el ruido, al respecto decía: "quiero estar en paz, en completo silencio sin que nadie me moleste", también se lamenta y llora, aunque dice: "ya no me salen lágrimas".

En cuanto a los déficits conductuales presenta tanto una mínima participación como mostrarse poco comunicativo con los demás: "a mi, me gusta hablar, pero sólo con personas que sean de las mismas costumbres".

Sus manifestaciones cognitivas expresaban sentimientos de impotencia y baja auto-estima, ya que mencionaba: "no creo que pueda hacer algo, sin la vista nada!, ni creo poder caminar, como cree usted ... Hay que pedirles que hagan algo a los que pueden, a los que no podemos, ya no servimos". También expresó deseos de morir: "mejor hechenme al panteón, ¡alcabo todavía no se llenan!".

TESIS DONADA POR
D.G.B.
UNAM



UNAM CAMPUS
IZTACALA

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

En cuanto a los síntomas somáticos, reportó un dolor de cabeza muy frecuente y una irritabilidad constante por el ruido, así como varias alteraciones del sueño, taquicardias, temblor de manos y sudoración, cada vez que hablaba acerca de su estado de salud.

En cada sesión se observó un estado de disforia, ya que siempre al preguntarle como estaba, contestaba: "mal, muy triste", expresaba una pérdida de gratificación e intereses al decir: "ya no me gusta nada, no me interesa nada, y con sentimientos de apatía constante al decir: "ya no se pueden remediar las cosas, mejor me quedo como estoy".

No se logro concluir esta fase porque el paciente en las últimas sesiones para elaborar el programa tanto cognitivo como conductual, se mostró muy negativo y agresivo, tanto verbal como físicamente, después de algunos intentos subsecuentes, permaneció en su negativa para seguir con la investigación y solamente expresó lo siguiente:

"Ahora estan aquí, pero luego no sabemos ni siquiera a donde se fueron ... así le hacen muchos".

"Ya dije, que no quiero que se sirvan de mí, ya no estes fregando!"

Por tal motivo, se dieron por concluidas todas las acciones programadas para este paciente.

GRUPO E 4

SIN TRATAMIENTO

CASO 57

T.F.J., de 79 años de edad, sexo femenino, soltera, escolaridad máxima 2o. de primaria, y con motivo de ingreso a la institución por "Abandono parcial", obtuvo una puntuación de 63 en el índice AMD de la escala de Zung, por lo cual se utilizó el DSM-III para determinar su inclusión dentro del grupo de los "Deprimidos ambulatorios". En su expediente médico se encuentra diagnosticado con: Artritis reumatoide y Diabetes Mellitus, dentro de su ambiente que es la sección de enfermería, se desplaza con gran dificultad y apoyandose de los objetos, paredes ó solicitando ayuda. Desde que termina el desayuno hasta antes de comenzar la comida se encuentra sentada en una silla de las afueras de la sección sin establecer comunicación con alguno de los que se encuentran a su alrededor, sin embargo, agrade verbalmente cuando la quieren bañar o cuando le dicen que realice alguna actividad, ya sea esta una mera sugerencia ó cuando le presentan los materiales de la actividad.

Este paciente presentaba dentro de los excesos conductuales gritos, lamentos, llantos al decir: "estoy muy mal, mireme", así como quejas de pérdidas materiales y personales al decir: "no tengo a nadie ... nadie me visita, estoy solita".

Dentro de los deficits conductuales, no se involucraba en ninguna de las actividades, ya que decía: "yo no hago nada, ni de chica, ni ahora, mi madre nunca me dijo que hiciera algo ...". También presentaba un descuido de su apariencia personal, ya que agredía verbal y físicamente cuando tan solo le decían que la bañarían. Por otra parte, también expresó sentimientos de fatiga constante, así como la pérdida de gratificación al decir: "no me gusta hacer nada, nada, ni quiero nada!".

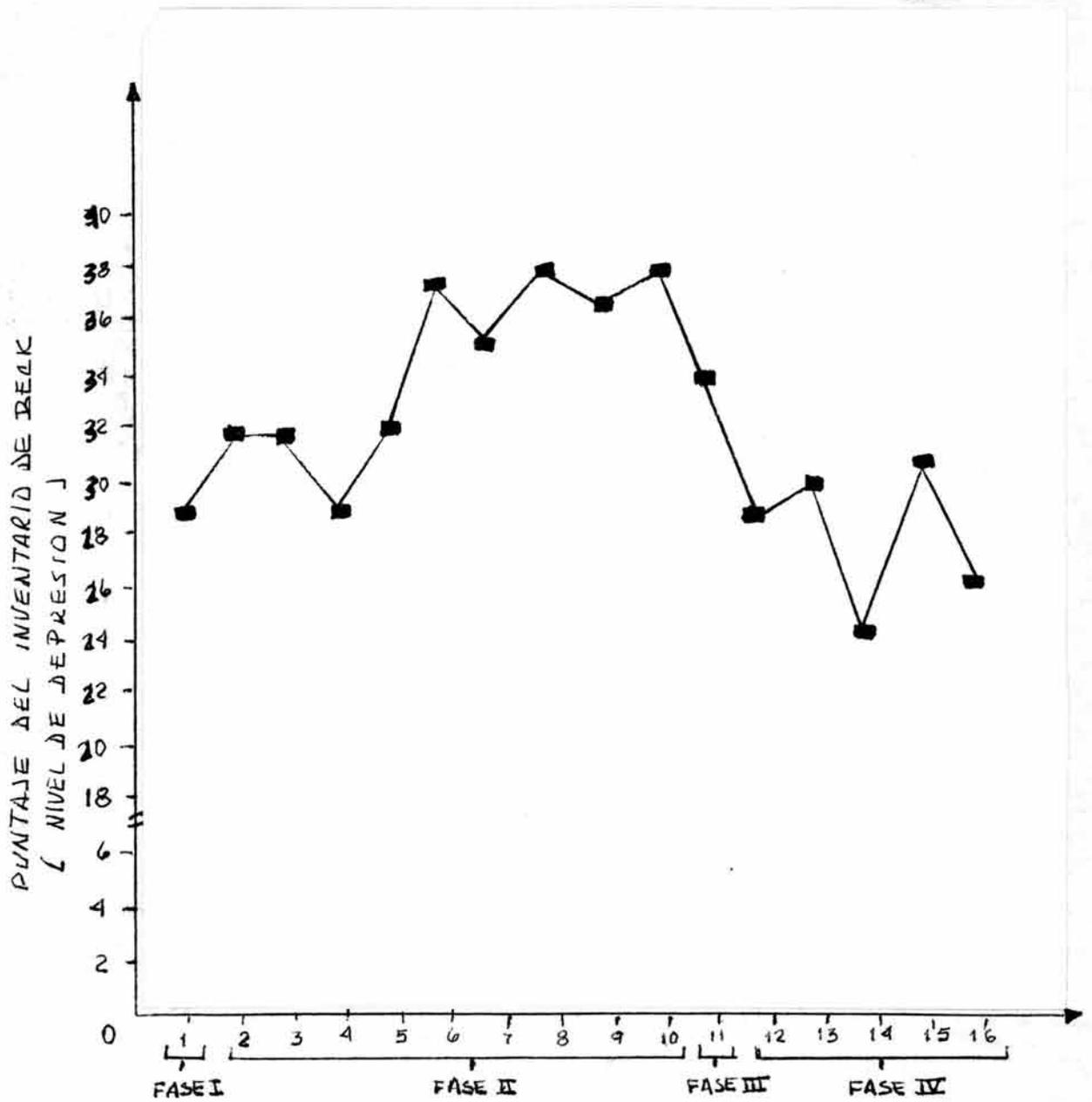
Este paciente inició con una puntuación de 29 en el Inv. de Beck en el momento en que los demás pacientes concluyeron el pre-tratamiento, y fue aumentando a 32 y 38 como máximo durante el tratamiento para los demás pacientes, llegando a 34 cuando los otros concluyeron con la generalización, sin embargo, bajó a su puntuación inicial (29) y aún más hasta 24 durante el seguimiento, ya que en este caso los demás pacientes llevaron a cabo el primer programa de seguimiento, mientras que el paciente fue trasladado varias veces al salón de usos múltiples, donde habían eventos y convivencias, sin

embargo, las puntuaciones no se mantenían constantes, ya que después de ésta última obtuvo 31 en el Inv. de Beck, para terminar con 25 al final de la investigación (ver tabla # 5 y gráfica # 5).

T.F.J. (97)	
GRUPO N° 4	
INV. BECK	F A S E
39	I PRE-TRATAMIENTO
32	.
32	.
29	.
32	.
38	II TRATAMIENTO
35	.
38	.
37	.
38	.
34	III GENERALIZACION
29	.
30	.
24	IV SEGUIMIENTO
31	.
26	.

TABLA No.5

Muestra los valores obtenidos en el Inventario de Beck, por el paciente 97 del grupo N° 4.



GRAFICA # 5. Muestra los datos del paciente S7 del grupo sin tratamiento, observándose que las puntuaciones permanecieron en valores muy altos en comparación con los otros pacientes.

Falta página

N°

84

CASO 58

G.B.F., de 76 años de edad, sexo masculino, casado, con 6o. de primaria como máximo grado de estudios, y con "Rechazo social" como motivo de ingreso a la institución, obtuvo una puntuación de 58 en la escala de Zung, por lo cual se le considero dentro del grupo de los "Deprimidos ambulatorios".

En su expediente médico se encuentra diagnosticado con: Secuela de poliomelitis, Catarata senil bilateral, Hipoacusia O.D. y Anodoncia parcial, dentro de su ambiente se desplaza con ayuda de un bastón, y solamente tiene intercambio de palabras con 2 residentes de su sección, a uno le presta su radio, y a otro le encarga cigarros o refrescos, siempre se le localiza en un salón de Terapia física que no se ocupa, y donde no hay más personas que él, ó tambien se le encuentra sentado frente a la capilla, ya que solamente se desplaza hacia el comedor y consultorios médicos, cuando es la hora indicada o cuando se le ha llamado.

El paciente presentaba predominantemente problemas somáticos como dolor de cabeza, disturbios en el sueño, pérdida de peso y trastornos gastrointestinales. Sus manifestaciones cognitivas expresan una baja auto-estima al decir: "uno ya no es nadie, no valemos nada", acompañada de una expectativa negativa del futuro cuando agrega que: "aquí solo estamos esperando la muerte".

Los déficits conductuales que presenta son: Poca participación social al decir: "aquí hay gente muy especial, yo por eso nadamas saludo, pero con nadie platico, porque aquí no se puede tener amigos".

Dentro de los excesos conductuales se queja de la falta de afecto de otros (como su hijo, hija y esposa), así como del sufrimiento causado por otros (compañeros o familiares).

Por cuenta propia el paciente elabora unas cuerdas de los hilos de calcetines incompletos, y durante toda la investigación las estuvo elaborando, por lo cual las puntuaciones del Inv. de Beck se vieron influenciadas como se describe a continuación.

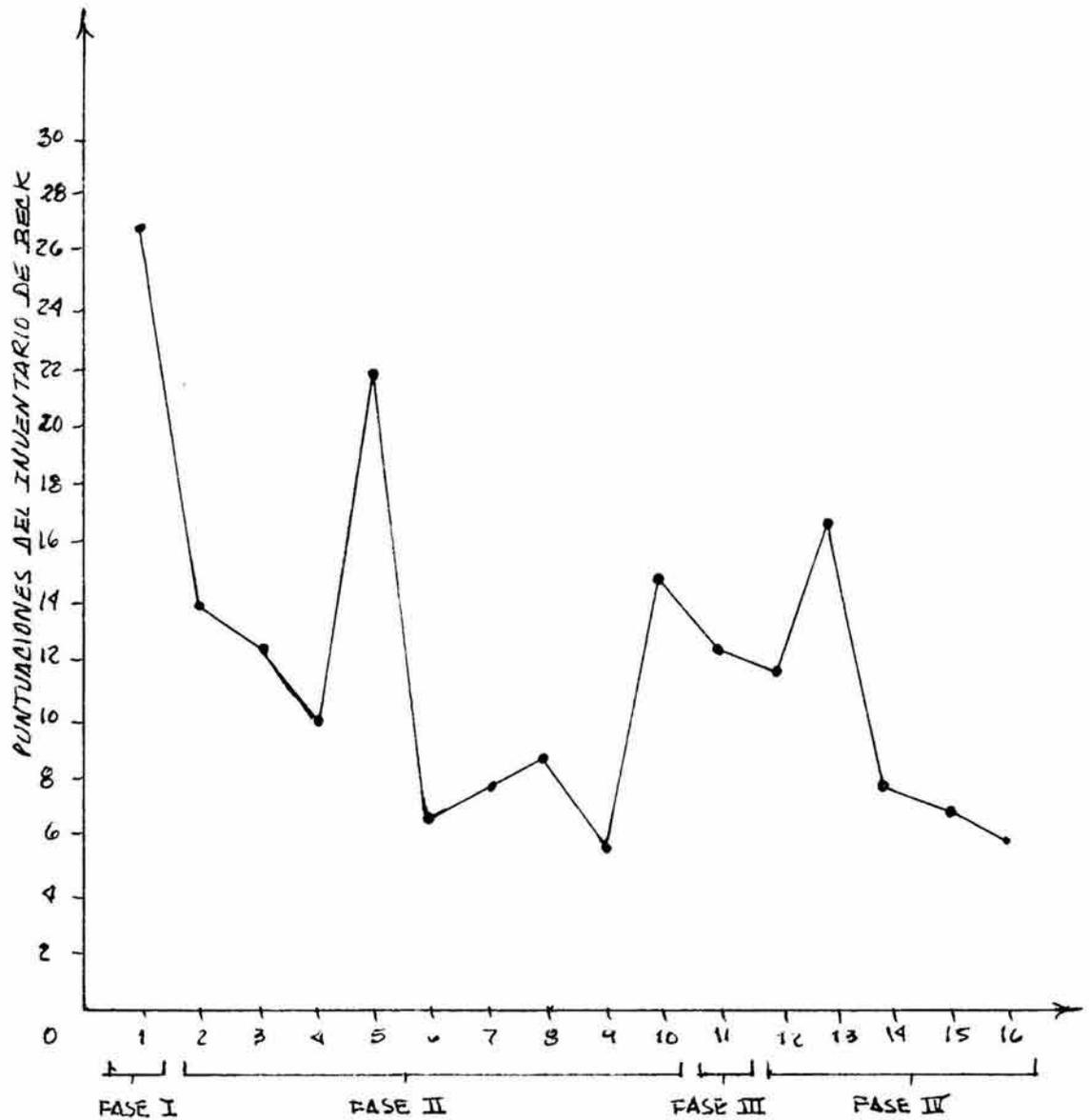
El paciente inicio con un valor de 27 en el Inv. de Beck durante el pre-tratamiento de los demás pacientes, conforme avanzaban las evaluaciones en la aplicación del tratamiento para los otros grupos, el

paciente también disminuyó los valores de sus puntuaciones hasta llegar a 10, aumentando a 22 cuando expresó: " mis cuerdas no tiene caso que las siga haciendo, no se donde venderlas". Sin embargo, apenas fue visitado por su hija y la siguiente puntuación que obtuvo fue de 7, manteniéndose en valores más bajos como de 6 cuando simultáneamente lo visitaban y descansaba a base de somníferos. Las puntuaciones nuevamente se elevaron a más del doble (15) cuando estuvo enfermo. Durante la fase de generalización que llevaron a cabo los demás pacientes, obtuvo 13 en el Inv. de Beck y aunque aumentó a 17, en sesiones posteriores fue disminuyendo hasta llegar a una puntuación de 6 hacia el final del seguimiento en el que se encontraban los otros grupos, esto ocurrió simultáneamente cuando el paciente logró vender sus cuerdas y comenzó a elaborar más que le habían solicitado (ver tabla & 6 y gráfica & 6).

G.G.F. (88)	
GRUPO R 4	
INV. BECK	F A S E
29	I PRE-TRATAMIENTO
14	.
12	.
10	.
22	.
7	II TRATAMIENTO
8	.
9	.
6	.
15	.
13	III GENERALIZACION
12	.
17	.
8	IV SEGUIMIENTO
7	.
6	.

TABLA No.6

Muestra los valores obtenidos en el Inventario de Beck, por el paciente 88 del grupo R 4.



GRAFICA N° 6. Muestra los datos del paciente SB sin tratamiento, en los cuales se observa una gran variabilidad con tendencia a aumentar repentinamente los valores del nivel de depresión

Falta página

N°

88

C A P I T U L O 6

DISCUSION Y CONCLUSION

En términos generales se puede decir que a pesar de que los grupos quedaron incompletos, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la efectividad del tratamiento en función del sexo, ya que al comparar las puntuaciones del Inventario de Beck para todos los pacientes, se encuentra una semejanza en la trayectoria de sus líneas, sin embargo, los datos de quienes estuvieron bajo tratamiento independientemente de éste, sí presentan diferencias con los pacientes del grupo sin tratamiento, siendo más notorias con el paciente S7 ya que éste mantuvo puntuaciones al triple de las que obtenían los pacientes bajo tratamiento. La menor diferencia con respecto al paciente S8 del grupo sin tratamiento tal vez pueda deberse a que éste por cuenta propia estuvo realizando una actividad, la cual lo mantuvo activo durante la investigación, hasta obtener gratificación por realizarla, no obstante, en varias sesiones y sobre todo durante el periodo de seguimiento obtuvo puntuaciones más altas en el Inv. de Beck, que los pacientes bajo alguno de los tratamientos.

Específicamente en el caso del grupo #1 bajo tratamiento con terapia cognitiva, a pesar de que quedó incompleto se pueden encontrar como puntos importantes los motivos que expresó el S1 para negarse a colaborar, ya que expresaba fatiga para volver a repetir lo que parecía haberle dicho a otra(s) persona(s) anteriormente y lo cual contribuye en la investigación para reconsiderar que en este caso no se tomó en cuenta la experiencia o historia del paciente, consideración que debe ser señalada y puntualizada para evitar contaminación en los datos y evadir la probabilidad de que ocurra la deserción de los sujetos de estudio.

En el caso del paciente S2 puede observarse el gran cambio que ocurrió tanto en el reporte verbal de su esquema cognitivo, como en la motivación para la realización de la actividad, sin embargo, como pudo observarse éstos pacientes son muy susceptibles a cualquier cambio que ocurre dentro de su ambiente, y mayormente cuando desde el punto de vista del paciente es de carácter negativo o involucra alguna pérdida, por ejemplo enfermedad, contrariedades con autoridades o compañeros, pérdida de amigos, etc. Lo importante en estos casos, parece ser la comunicación que entable el paciente con alguien que le ayude a no caer dentro de sus ideas negativas tanto de sí mismo, como del ambiente y del futuro, de aquí que se considere acertada la conclusión de Murphy (1982) al señalar que los pacientes ancianos parecen ser más tolerantes a la depresión cuando tienen un "confidente".

Dentro del grupo R 2 bajo tratamiento con terapia conductual, el paciente S3 aunque de igual forma disminuyó favorablemente el nivel de la depresión a lo largo del tratamiento, y se presentó vulnerable ante los cambios desfavorables, se pudo observar que en éste caso, cuando la terapia no es del aspecto cognitivo, el paciente puede persistir con su falta de motivación o insatisfacción en la realización de la actividad, ya que por ejemplo el paciente de éste caso, mantuvo puntuaciones de 1 y 2 en la escala de agrado permaneciendo y prolongándose cuando ocurría un evento negativo, a pesar de que seguía realizando la actividad.

El paciente S4 es un caso donde se puede constatar que hay ancianos que lo que requieren para disminuir su nivel de depresión, es solamente una estimulación con instigación constante en la realización de una actividad, hasta que se mantiene por si misma, de aquí que se pueda hablar de la efectividad lograda por el programa de reforzamiento, llegando en éste caso a prolongarse y proyectarse dicha disminución del nivel de depresión en otras conductas (conocido también como efectos colaterales), por ejemplo en este caso acudir a los paseos, convivencias, al taller de productividad, contacto con más personas, etc.

Por lo que respecta al grupo R 3 bajo tratamiento con terapia cognitiva-conductual, a pesar de quedar incompleto porque uno de los pacientes se negó a colaborar y el otro no concluyó el tratamiento, se pueden analizar los siguientes puntos que fueron rescatados: En primer lugar, el daño que se ocasiona al paciente cuando se hacen comentarios de su enfermedad en su presencia, sean éstos una mera suposición o una confirmación, ya que el paciente S5 expresó que hubo doctores que experimentaron con él porque se lo había dicho un médico que había consultado posteriormente.

En consecuencia todo el tiempo se quejaba del daño que le habían provocado, además de un rechazo casi total hacia éste profesional y las acciones que alguno de ellos tomara en el tratamiento de otras alteraciones que presentaba.

Con respecto al estado depresivo que manifestó, se pudo observar que dentro de su ambiente (enfermería) se le proporcionaba todo sin que él lo demandara, por ejemplo la silla donde permanecería todo el día, no se establecía ningún contacto con el paciente, ya que casi todo el personal al verlo caminar hacia la puerta de entrada de la sección le acomodaban la silla en el mismo lugar de siempre, por lo cual el paciente al encontrarla se sentaba sin dirigirse a alguien, y por su parte el

personal se retiraba sin hacer comentario alguno. Otra situación semejante consistía en la localización de su cama, ya que ésta se encontraba en un extremo del cuarto, por lo que, por un lado no era necesaria la comunicación con sus compañeros, y por el otro, los demás integrantes del cuarto padecían otras alteraciones como hemiplejía, afasia o demencia, motivo por el cual el paciente comentaba "pobre X, antes no estaba así, y mire ahora en lo que vamos a terminar, por lo cual podría pensarse que dicha situación mantenía o aumentaba la depresión del mismo paciente, y esto el Dr. Bravo Williams (1981) ya lo había señalado, al comentar el inconveniente de tener alojados pacientes con diversos padecimientos físicos y mentales, por lo cual sugiere para el mejor manejo y trato, concentrarlos por separado y con mayor razón en éste caso, donde puede aumentar la probabilidad de provocar o desencadenar algún padecimiento o alteración que pueden volverse crónicos o incluso llevar a la muerte.

En cuanto a la negativa que presentó para continuar, se puede ver que en sus expresiones también mencionó el temor de entablar alguna comunicación de sus problemas y quedarse sin resolverlos y más aún que después desaparecen aquellos a quienes les confiaron dicha información. De aquí que al igual que con el S1 el no considerar su historia, no se pudo evitar que éstos pacientes que ya habían pasado por alguna experiencia de investigación, se niegan a seguir colaborando.

En el caso del paciente S6, se puede analizar que cuando alguno de los ancianos tiene alguna imagen de autoridad se pueden realizar tanto acciones positivas como negativas para su desarrollo, por ejemplo en éste caso el paciente parecía no hacer otra cosa que lo que la la instructora del taller le indicara, sin embargo, ésta nunca lo estimuló ni reforzó alguna de las aproximaciones que realizaba en sus trabajos, además de que al permanecer ausente del taller gran parte del tiempo, los residentes no avanzaban en sus trabajos, algunos con el "tedio" de seguir haciendo algo que expresaban "no se hacerlo bien", "hago lo que me dicen", "no me gusta hacerlo pero sólo así me gana un centavo".

Al parecer se puede hacer el comentario de que el terapeuta nunca se presentó con "Bata blanca" como lo hace el personal paramédico de la casa-hogar, y tal vez sea una cuestión que no se considero y que es probable que haya influido en la disponibilidad o no de algunos pacientes para colaborar en la investigación, ya que puede ser una representación de autoridad que algunos residentes tienen y ante la cual deberían de obedecer y colaborar, mientras que para quien no portara dicho

simbolo de autoridad no necesariamente se tenia que obedecer y/o cooperar con él.

Se dice esto porque puede ser que en éste caso y en el del paciente S1 haya ocurrido, sin embargo, más específicamente en este caso del paciente S6 hhaya ocurrido, sin embargo más probablemente en el caso del S6 al negarse para colaborar en la elaboración del programa cognitivo.

A pesar de lo anterior, y aunque parezca contradictorio se puede pensar que la cuestión de la "Bata blanca" podría pasar a segundo plano para algunos residentes, cuando éstos estan trabajando operativamente (como en el caso del paciente S6) y predominar el aspecto de su comportamiento al ser reservado y negarse a hablar o "confiar" a alguien cosas que ellos no quieren expresar, ya que la paciente mientras estuvo realizando la actividad que ella misma había escogido, tanto el nivel de depresión decrementaba como el valor en la escala de agrado se veía favorecido. De aquí que, se puedan encontrar algunas similitudes con los hallazgos del paciente S3 quien únicamente con el programa de reforzamiento logró superar su depresión y proyectar efectos colaterales sin el apoyo de la terapia cognitiva.

En cuanto a los pacientes S7 y S8 del grupo control (sin tratamiento), se pueden destacar los siguientes puntos:

lo. Por un lado se puede notar que a pesar de que en teoría se dice que la mujer posee mayor rango de actividades o intereses que pueden permanecer hasta la vejez, y por ende tener menor probabilidad de caer en estdos depresivos, en el caso del paciente S8 se pudo observar tanto la negativa a realizar alguna actividad, como a mantener puntuaciones muy elevadas en el Inventario de Beck. Ante ésta situación podemos pensar que no influye tanto el hecho de tener mayor o menor número de interesess o actividades que puedan permanecer hasta la vejez, sino de permanecer o ir modificando alguno(a) que predomine o sea factible de realización, al grado que el paciente se sientaa comprometido y lograr con esto resultados positivos, ésta situación pudo detectarse con el paciente S7, quien a pesar de estar sin tratamiento, por iniciativa propia y en correspondencia con sus posibilidades físicas, desarrollo una actividad que lo mantenLa activo durante el día y que lo impulsaba a resolver situaciones como la de promover la venta de sus productos, todo esto se proyecto en la reducción del

nivel de depresión a valores mucho más bajos que el paciente S8.

2o. Al respecto es muy importante considerar que dichos pacientes al ser escuchados por alguna persona pueden en momentos de crisis, superarlos satisfactoriamente y no caer en situaciones más difíciles, porque aunque no se evaluaron los efectos, al mismo tiempo no se puede negar que la sola presencia y contacto con el terapeuta en las sesiones programadas, hayan influido de alguna manera, y sobre todo en el caso de éstos pacientes que estuvieron en la condición control.

3o. Al igual que en todos los casos anteriores, los pacientes S7 y S8 presentaron gran susceptibilidad a los cambios que ocurren dentro del ambiente, ya sean estos eventos positivos para ellos, como visitas de amigos, familiares, etc., que provocó una disminución del nivel de depresión que presentaba. O en el caso de la aparición de eventos negativos que involucraban pérdidas o la probabilidad de éstas, como en el caso de la muerte de amigos, enfermedad, falta de visitas, etc., que provocaron aumentos considerables en las puntuaciones del Inv. de Beck, se dicen aumentos considerables, porque en cada caso representaban al menos el doble o el triple de los valores que se obtuvieron al final de la investigación.

4o. Un punto que debe ser discutido sobre todo en la investigación aplicada, son los efectos provocados dentro de la institución debidos a la inserción del investigador, ya que a lo largo y durante la implementación del proyecto, aunque no eran en correspondencia al mismo, varios aspectos dentro del ambiente institucional en el caso de las gericultistas, quienes con su participación dentro del curso preparatorio para la generalización, proyectaron de otra forma su trabajo, en comparación con quienes ya tenían mayor tiempo de realizar esse mismo trabajo, la misma situación se presentó con el personal del departamento médico, de trabajo social y de psicopedagogía.

Un caso patente, fue la organización de actividades y juegos por parte de las gericultistas con objeto de estimular tanto las áreas motora fina y gruesa, como aspectos de comunicación y cooperación en la elaboración de antojitos mexicanos y juegos grupales que contaron con una alta asistencia de residentes y la participación de varios de ellos, situaciones que anteriormente se habían

presentado muy esporádicamente y además con una asistencia mucho menor. Como dato interesante, se puede señalar que todo esto ocurrió simultáneamente al transcurso de la fase de generalización programada para la investigación, mientras que a la par de las fases anteriores no se había presentado algo similar.

Por último, de acuerdo a las premisas que se presentaron en el capítulo 3, podemos considerar lo siguiente:

La primera al postular que los ancianos depresivos son susceptibles de una intervención psicológica con el potencial que presentan, es reafirmada dados los resultados de la investigación, agregando además que aunque cada paciente redujo el nivel de depresión, al presentarse dichas diferencias podrían sugerirnos que de acuerdo a la personalidad de cada uno de ellos debe dirigirse la terapia, y no tratar de adaptar la paciente a ésta, ya que podría estarse prolongando la alteración, mientras que de acuerdo a las características de ésta y las del paciente podrían emplearse caminos terapéuticos más viables y accesibles a éste.

La segunda premisa considera que la alteración por una parte esta mantenida por la resistencia al cambio en el esquema cognitivo de los ancianos. Como resultado de la investigación, no sólo se confirma esta situación, sino que además se agregaría la vulnerabilidad que se presenta aún en las nuevas formas de pensar que va adquiriendo a través de la experiencia, ya sea ésta parte de un programa terapéutico o las condiciones que se imponen o mantienen dentro de una institución.

Como complemento a la premisa anterior, la tercera señala: que la otra parte que comprende la alteración esta dada por la situación de inactividad que presentan la gran mayoría de los ancianos, y/o por la falta de motivación de las actividades que realizan. Dichas circunstancias fueron patentes a lo largo de la investigación, pues en primer lugar la inactividad fue una circunstancia que presentaron la mayoría de los pacientes (y que proyectó la realidad de la población), ya que el único paciente que se encontraba dentro del taller de productividad, presentaba la otra parte señalada en la premisa, su instructora nunca estimuló ni reforzó las aproximaciones de su trabajo, retrazando además el avance o culminación de los trabajos, debido a sus constantes salidas del área de trabajo, en otro de los casos, asignaba a los residentes que asistían

las prendas u objetos a realizar sin que por ello tuvieran que intervenir los deseos o intereses del paciente. Esta misma situación era compartida por los otros pacientes del proyecto, ya que como se puede ver en la fase I de diagnóstico, en todos los casos existió una motivación para la actividad acompañada de una expectativa de fracaso, cuando se eligieron actividades que habían pensado ellos mismos o que ya formaba parte de su repertorio conductual y que por algún motivo no habían realizado.

Respecto a la cuarta premisa, que sugería la combinación de terapia cognitiva y conductual como la forma más alternativa de operar en el tratamiento, no podríamos apoyarla con bases sólidas, pues el diseño de investigación no fue el óptimo al quedar incompleto el grupo de estudio, y por ende la imposibilidad de llevar a cabo un análisis estadístico que pudiera revelarnos exactamente las condiciones generadas y confirmar ésta premisa, ya que el tratamiento para ancianos, requiere de todo un análisis de su situación como resultado e interrelación de los factores que han tenido efecto y de los que se encuentran presentes.

De aquí que, si se desea lograr algún resultado terapéutico favorable para el paciente, en este caso el anciano, deben de valorar y considerarse todos y cada uno de los aspectos biológicos y sociales que entran en juego y de esta forma tener una aproximación más realista de la alteración que presenta el paciente.

Como se puede observar las condiciones de salud y de nutrición, etc., desde el punto de vista biológico nos proporcionan un panorama general de lo que puede en algún momento influir o determinar la o las formas de interrelación con otros factores como en el caso de la función sensorial, la velocidad en el aprendizaje, la influencia sobre la memoria y la inteligencia, así como la motivación para el desarrollo y/o mantenimiento de intereses o hábitos. Todo esto va condicionando las aptitudes y actitudes de los ancianos hacia diferentes momentos y circunstancias dentro de su ambiente, y los cuales podran proyectarnos la interrelación que existe con los factores psicológicos simultáneamente presentes con aspectos sociales como económicos, demográficos y culturales, etc.

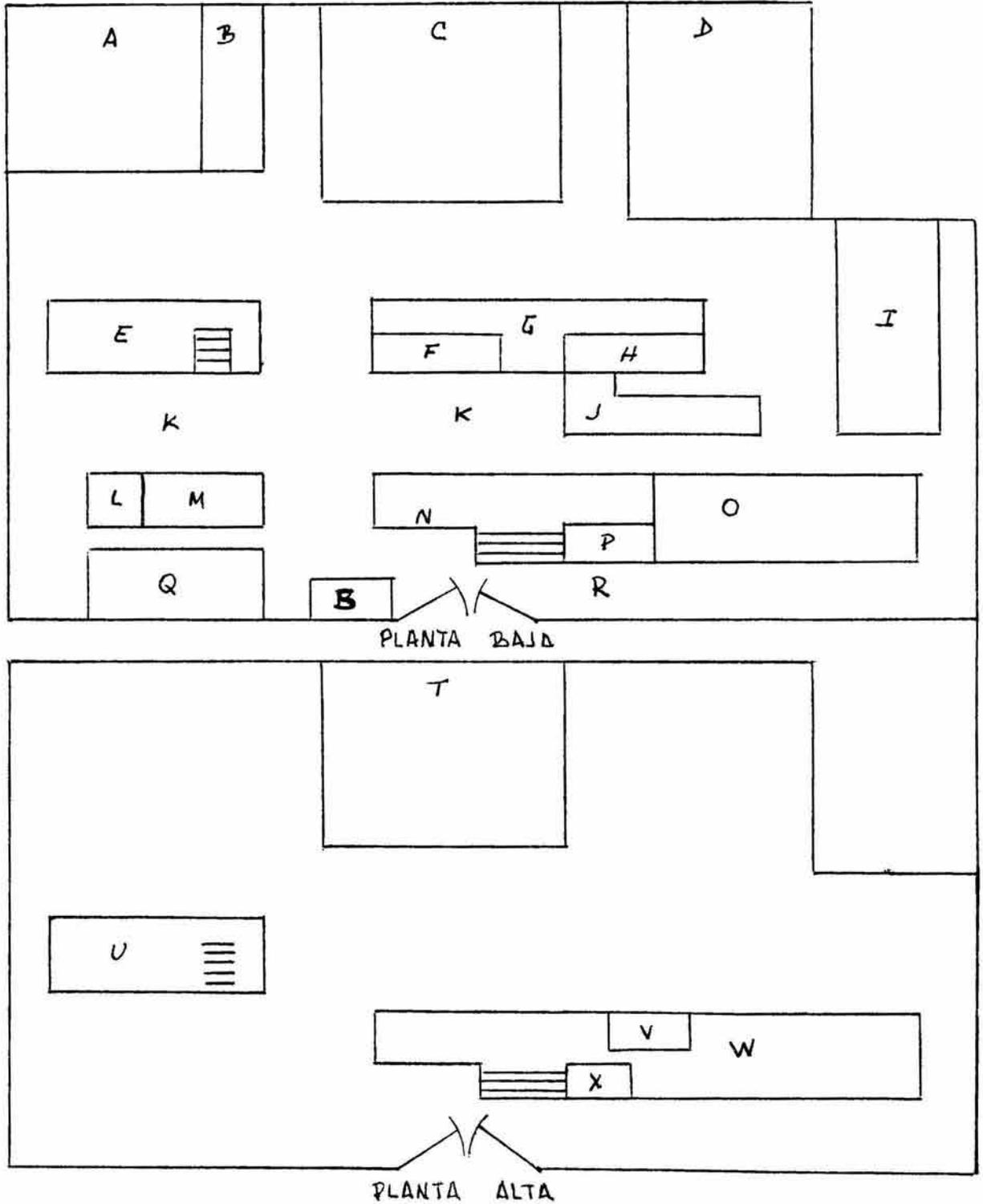
Todos y cada uno de dichos aspectos (biológicos, psicológicos y sociales) que ya han sido descritos con mayor detalle en el primer capítulo, entran en juego para que el terapeuta o psicólogo, los considere y analice

para poder tener una aproximación más real y acorde a la alteración que presenta el anciano, lo cual nos orientará con más certeza para valorar si es pertinente operar bajo alguna terapia en particular o considerar los aspectos del paciente que se ccoordinen más óptimamente bajo otra terapia. No por esto, se pretende decir que hay que evadir o evitar los contratiempos o resistenccias del paciente para el manejo terapéutico, sino que por el contrario, que el terapeuta o investigador eligan aquella que puede plantearse de acuerdo al paciente, ya sea esta una sola postura terapéutica o la combinación de éstas.

A P E N D I C E

A N E X O 1

Croquis de la Casa-Hogar "VICENTE GARCIA TORRES"



CLAVES DE UBICACION:

P L A N T A B A J A

A	-	Taller de Mantenimiento
B	-	Lavaderos
C	-	Sección de Cuidados Especiales
D	-	Dormitorio de Matrimonios
E	-	Dormitorio P 1 para Mujeres
F	-	Peluqueria
G	-	Roperia y Lavanderia
H	-	Capilla
I	-	Salón de Terapia Física
J	-	Taller de Productividad
K	-	Jardines
L	-	Cocina
M	-	Comedor
N	-	Consultorios Médicos
O	-	Salón de Usos Múltiples
P	-	Baños
Q	-	Edificio de Gobierno
R	-	Estacionamiento
S	-	Vigilancia

P L A N T A A L T A

T	-	Anexo de Cuidados Especiales
U	-	Dormitorio P 1 para Mujeres
V	-	Control de Dormitorio P 2 para Hombres
W	-	Dormitorio P 2 para Hombres
X	-	Baños

A N E X O f 4

PROGRAMACION DE METAS

=====

NOMBRE:	E.G.P. (S) 2	GRUPO DE TRATAM.:	f 1
EDAD:	79 anos	TIPO DE TRATAM.:	TERAPIA COGNITIVA
SEXO:	MASCULINO	TERAPEUTA:	CARMEN AGUILAR BARAJAS
SECCION:	DORMITORIO f 2	FECHA:	20 / JUNIO / 1986

META f 1 -QUE EL PACIENTE REESTRUCTURE LA COGNICION DE "NO PODER", POR "SI PODER, DE ACUERDO A SUS CARACTERISTICAS Y POSIBILIDADES".

META f 2 -QUE EL PACIENTE APLIQUE LA REGLA "DEBER" EN UNA ACTIVIDAD, ANALIZANDO SUS CARACTERISTICAS, DESEOS Y SECUENCIAS.

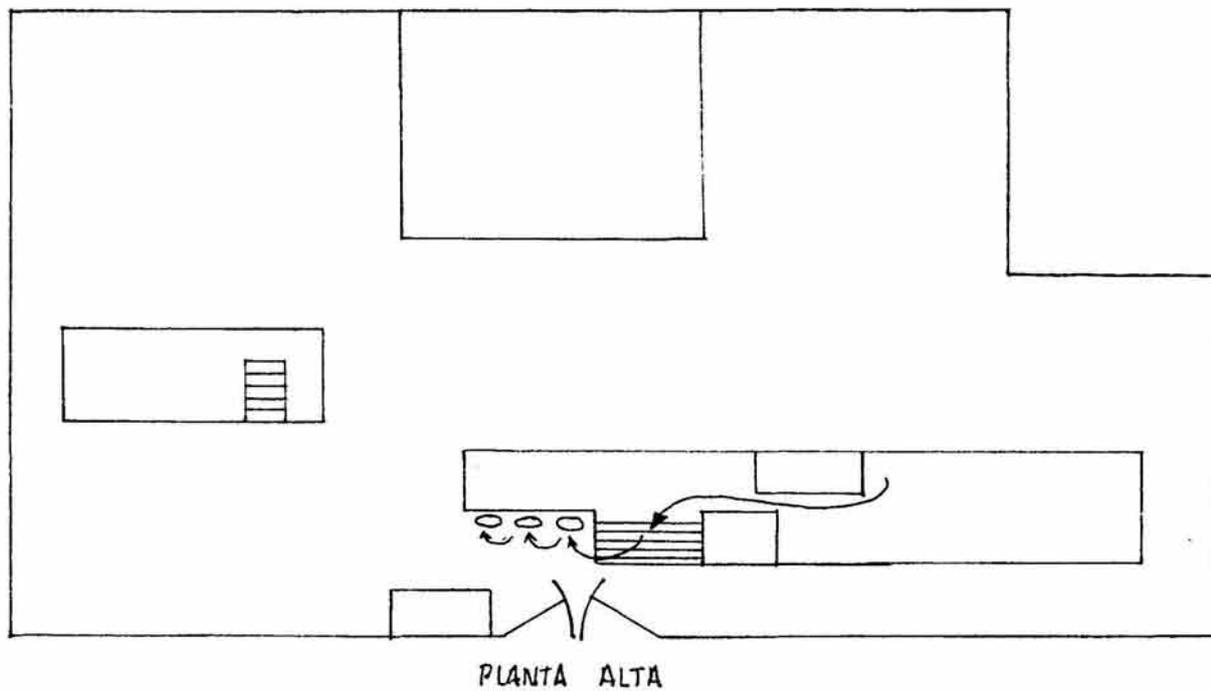
META f 3 -QUE EL PACIENTE REESTRUCTURE "EL TEMOR DE SER AGREDIDO", POR EL CONTROL Y MANEJO DEL AMBIENTE Y SUS CONSECUENCIAS, QUE PUEDE EJERCER EL MISMO.

META f 4 -QUE EL PACIENTE REESTRUCTURE LA "DESESPERACION DE NO HACER ALGO DEBIDO A LA ENFERMEDAD", POR LAS CONDICIONES REAALES EXISTENTES Y LAS POSIBILIDADES FUNCIONALES QUE PUEDEN SER APLICABLES.

META f 5 -QUE EL PACIENTE PROGRAME Y ORGANICE LA REALIZACION DE UNA ACTIVIDAD, TOMANDO EN CUENTA SUS CARACTERISTICAS, CONDICIONES Y POSIBILIDADES DE LLEVARLA A CABO.

A N E X O 4 5

TRAYECTORIA DE LA ACTIVIDAD DEL S
===== 2



M E T A # 3

- | | | | |
|--|---|--|---|
| -Realizar lo estable en las METAS # 1 y 2 | -Mismas que en las METAS # 1 y 2. | -REFORZAMIENTO POSITIVO | Cada vez que SI realice la CONDUCTA. |
| -Preguntarle a una persona Como debe de regar las plantas? | -Debe ser a un Residente o a un Empleado.
-Informarle posteriormente al terapeuta. | -INSTIGAR mientras se informa.
-RETROALIMENTACION | Despues de haber realizado la conducta. |

M E T A # 4

- | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|
| -Realizar lo estable en las METAS # 1, 2, y 3 | -El paciente debe de estar realizando las actividades programadas. | -REFORZAMIENTO POSITIVO
-RETROALIMENTACION
-INSTIGACION | Cada vez que SI realice la CONDUCTA. |
| -Emitir una conducta Incompatible con las agresiones verbales de sus companeros y/o de los empleados. | -Responder al Residente: "En que te afecta que yo haga lo que a mi me gusta y me autorizan para hacerlo".
-Responder al Empleado: Disculpe Quien es usted? Es la persona indicada para corregir la actividad que estoy haciendo? | -Informaarle y darle a conocer las funciones de los residentes y empleados.
-Conjuntamente el Terapeuta con el Paciente y el empleado o residente agresor mencionara: "El paciente X tiene la autorizacion para hacer esta actividad. Vamos con la persona que lo autorizo. | Cada vez que suceda una agresion. |

M E T A # 5

- | | | | |
|---|--|--|---|
| -Realizar lo estable
en las METAS # 1, 2,
3 y 4 con 10 macetas
durante 5 dias. | -Mismas que en
las METAS # 1
, 2, 3 y 4. | -REFORZAMIENTO PO
SITIVO Y RETROALI
MENTACION por par
te del Terapeuta
y Gericultistas
-Técnicas menciona
das en las METAS
3 y 4. | Cada vez que
SI realice la
CONDUCTA.

Cada vez que
se presenten
las condicon
es señaladas. |
|---|--|--|---|

CONDUCTA	CONDICIONES AMBIENTALES	TECNICA	PROGRAMA
META # 2			
-Regar diariamente la maceta, hasta que le quite las hojas secas a la planta.	-Mismas que en la META # 1	-REFORZAMIENTO POSITIVO -1 ficha de tercio pelo rojo.	Cada vez que SI realice la CONDUCTA. Al termino del criterio de la conducta
META # 3			
-Realizar lo estable en las METAS # 1 y 2	-Mismas que en las METAS # 1 y 2.	-REFORZAMIENTO POSITIVO	Cada vez que SI realice la CONDUCTA.
-Preguntarle a una persona Como debe de regar las plantas?	-Debe ser a un Residente o a un Empleado. -Informarle posteriormente al terapeuta.	-INSTIGAR mientras se informa. -RETROALIMENTACION	Despues de haber realizado la conducta.
META # 4			
-Realizar lo estable en las METAS # 1, 2, y 3	-El paciente debe de estar realizando las actividades programadas.	-REFORZAMIENTO POSITIVO -RETROALIMENTACION -INSTIGACION	Cada vez que SI realice la CONDUCTA.
-Emitir una conducta Incompatible con las agresiones verbales de sus companeros y/ o de los empleados.	-Responder al Residente: "En que te afecta que yo haga lo que a mi me gusta y me autoriza ron para hacerlo". -Responder al Empleado: Disculpe Quien es usted? Es la persona indicada para corregir la actividad que estoy haciendo?	-Informaarle y darle a conocer las funciones de los residentes y empleados. -Conjuntamente el Terapeuta con el Paciente y el empleado o residente agresor menciona: "El paciente X tiene la autorizacion para hacer esta actividad. Vamos con la persona que lo autorizo.	Cada vez que suceda una agresion.

M E T A & 5

- | | | | |
|--|---|---|--|
| -Realizar lo estable en las METAS & 1, 2, 3 y 4 con 10 macetas durante 5 dias. | -Mismas que en las METAS & 1, 2, 3 y 4. | -REFORZAMIENTO POSITIVO Y RETROALIMENTACION por parte del Terapeuta y Gericultistas | Cada vez que SI realice la CONDUCTA. |
| | | -Tecnicas mencionadas en las METAS & 3 y 4. | Cada vez que se presenten las condiciones señaladas. |

META # 3

Permanecer por lo menos 2 hrs con el cajón de bolero, durante 5 días.

Mismas que en la META # 1

REFORZ. POSITIVO.

C/vez que SI realice la conducta Al término del 5o. día.

1 ficha de terciopelo rojo.

META # 4

Permanecer por lo menos 3 hrs con el cajón de bolero, durante 5 días.

Mismas que en la META # 1

REFORZ. POSITIVO.

C/vez que SI realice la conducta Al término del 5o. día.

1 ficha de terciopelo rojo

META # 6

Solicitará a un compañero ayuda para bajar del dormitorio su cajón y para que le proporcione una silla.

e 9 a 9:30 a.m. Dentro o fuera del edificio de gobierno.

MODELAR, MOLDEAR e INSTIGAR la conducta.

C/vez que NO realice la conducta

1 paciente agradecerá verbal y físicamente a su compañero por la ayuda rindada.

REFORZ. POSITIVO MATERIAL.-Se le proporcionará al paciente una revista, para que la observe y después se la preste a su compañero que le ayudo.

C/vez que SI realice la conducta Durante 5 días

META # 7

El paciente solicitará una revista a la instructora del taller y se la entregará a su compañero que le ayude en el momento en que este le proporcione la revista.

De 9 a 9:30 a.m. Caminará hacia el taller y solicitará una revista, dando las gracias por esta. Al llegar a su lugar, entregará la revista a su compañero.

MODELAR, MOLDEAR e INSTIGAR la conducta tanto por parte del terapeuta como de las gericul- tistas.

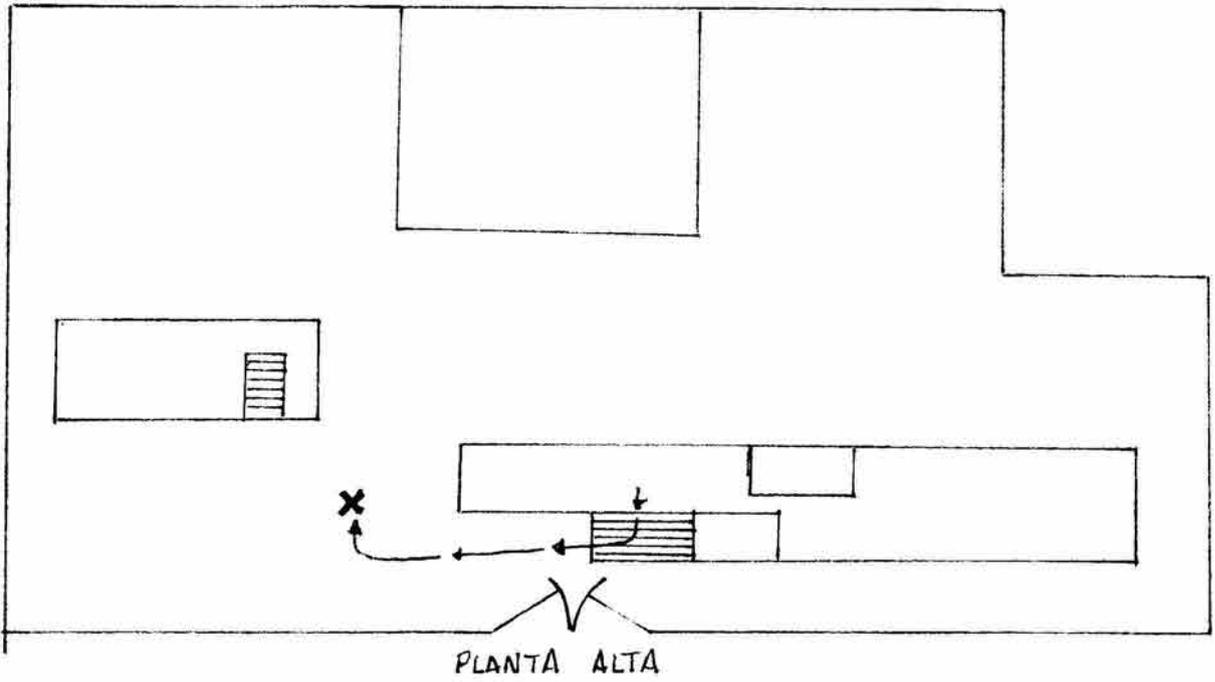
C/vez que NO realice la conducta

REFORZ. POSITIVO. Administrado por el terapeuta y Gericul- tistas. C/vez que SI realice la conducta

ANEXO B 9

TRAYECTORIA DE LA ACTIVIDAD DEL S4

=====



ANEXO A 10

NOMBRE: P.O.G. (S5)
 SECCION: DORMITORIO A 1 MUJERES
 PSICOLOGO: MA. ENRIQUETA RAMOS

FECHA: 17/JUN/86
 SEXO: FEMENINO EDAD: 83 A OS
 PROGRAMA: CARMEN AGUILAR BARAJAS

CONDUCTA	CONDICIONES AMBIENTALES	TECNICA	PROGRAMA
----------	-------------------------	---------	----------

META A 1

Formar una madeja circular con cada uno de los 2 colores de estambre	Realizar la actividad dentro del taller de productividad.	<p>MODELAR Y MOLDEAR la conducta</p> <p>INSTIGAR en caso necesario</p> <p>REFORZ. POSITIVO: C/vez que SI VERBAL.-!Muy bien !Muy buen trabajo! !Lo haces muy bien</p> <p>CONTACTO FISICO.- Acariciar cabeza, hombro, espalda, estrechar las mano ó tomar y retener la mano.</p> <p>EXPRESION FACIAL. Sonreír, contacto visual hacia el paciente y su actividad, reír.</p> <p>MATERIAL.- Mencionarle que "el estambre es suyo".</p>	<p>C/vez que NO realice la conducta</p> <p>C/vez que SI realice la conducta</p> <p>Al término del criterio</p>
--	---	---	--

META A 2

Utilizar el gancho y el estambre obsequiado, para elaborar 1 jarrito tejido de cada color.	Realizar la actividad dentro del taller de productividad y/o en su dormitorio, estando presentes los demás miembros del taller y/o de su dormitorio	<p>REFORZ. POSITIVO</p> <p>MATERIAL.- venderle el jarrito de cada color.</p>	<p>C/vez que SI realice la</p> <p>Al término del criterio</p>
--	---	--	---

META # 3

Utilizar el gancho y el estambre, para elaborar 1 jarrito por día, hasta completar 5.	Mismas que en la META # 2 Que ella compre o mande comprar el estambre.	REFORZ. POSITIVO MATERIAL.-venderle los jarritos.	C/vez que SI realice la conducta
---	--	---	----------------------------------

META # 4

Utilizar el gancho y el estambre, para elaborar 2 jarritos por día hasta completar 10.	Mismas que en la META # 2 y # 3	REFORZ. POSITIVO MATERIAL.-venderle 3 jarritos. venderle 7 jarrito	C/vez que SI realice la Un día antes de cumplir la meta. El día que cumpla la meta
--	---------------------------------	---	---

META # 5

Utilizar el gancho y el estambre, para elaborar 3 jarritos por día, hasta completar 15.	Mismas que en la META # 2 y # 3	REFORZ. POSITIVO MATERIAL.-venderle 5 jarritos. venderle 10 "	C/vez que SI realice la Un día antes de cumplir la meta. El día que cumpla la meta
---	---------------------------------	--	---

META # 6

Escoger y elaborar 1 prenda de acuerdo con su instructora, para el Bazar que realiza la Institución.	Realizar la actividad dentro del salón del taller de productividad.	MODELAR Y MOLDEAR e INSTIGAR la conducta por parte de la instructora y del terapeuta. REFORZ. POSITIVO Por parte de la instructora y el terapeuta. MATERIAL.-la instructora informara al paciente que se pondran a la venta en el Bazar de la Institución los jarritos que elabore fuera del taller.	C/vez que NO realice la conducta C/vez que SI realice la conducta Al término del criterio de la meta.
--	---	--	---

ANEXO B 11

CUESTIONARIO DE LA ESCALA DE AUTO-ESTIMA DE
WILLIAM W.K. ZUNG.

S I N T O M A S	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUA MENTE
1.Me siento abatido y melancólico	:	:	:	:
2.En la mañana me siento mejor	:	:	:	:
3.Tengo accesos de llanto o deseos de llorar	:	:	:	:
4.Me cuesta trabajo dormirme en la noche	:	:	:	:
5.Como igual que antes solia hacerlo	:	:	:	:
6.Todavía disfruto de las rela. ciones sexuales	:	:	:	:
7.Noto que estoy perdiendo peso	:	:	:	:
8.Tengo molestias de constipacion (estreñimiento)	:	:	:	:
9.El corazón me late más aprisa que de costumbre	:	:	:	:
10.Me canso sin hacer nada	:	:	:	:
11.Tengo la mente tan clara como antes	:	:	:	:

12.Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro	:	:	:	:
13.Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	:	:	:	:
14.Tengo esperanza en el futuro	:	:	:	:
15.Estoy más irritable de lo usual:	:	:	:	:
16.Me resulta fácil tomar decisiones	:	:	:	:
17.Siento que soy útil y necesario:	:	:	:	:
18.Mi vida tiene bastante interés :	:	:	:	:
19.Creo que les haría un favor a los demás muriéndome	:	:	:	:
20.Todavía disfruto con las mismas cosas	:	:	:	:

PACIENTE _____ FECHA _____
DR. _____

DIAGNOSTICO _____ : Total calif. básica :
OBSERVACIONES _____ :
_____ :
_____ :
_____ :
.....TOTAL INDICE AMD..... :
_____ :

A N E X O N.º 12

INVENTARIO DE BECK

NOMBRE _____ FECHA _____

En este cuestionario hay grupos de oraciones. Por favor lea con cuidado cada uno de los grupos de oraciones, y elija una en cada grupo, la cual describa de la mejor forma, como se ha sentido la SEMANA PASADA incluyendo el día de HOY. Encierre en un círculo el número que se encuentra a un lado de la oración que escogió. Si hay varias oraciones en un grupo que le parecen ser igualmente aplicables, encierre en un círculo cada uno de los números. Pero asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1. 0 Yo no me siento triste
1 Me siento triste
2 Estoy triste todo el tiempo, y no puedo sentirme bien
3 Estoy triste o infeliz porque no puedo ser útil.

2. 0 Yo no me siento particularmente descorazonado por el futuro
1 Me siento descorazonado por el futuro
2 Siento que no tengo nada para seguir adelante
3 Siento que el futuro es irremediable y las cosas no pueden mejorar

3. 0 Yo no me siento como un fracaso
1 Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas
2 Lo que yo pueda ver del pasado de mi vida, lo veo como un conjunto de fracasos
3 Siento que soy un completo fracaso como persona

4. 0 He recibido mucha satisfacción de las cosas que he hecho
1 No disfruto de las cosas según lo he venido

- haciendo
- 2 Ya no recibo una satisfacción real de nada de lo que hago
- 3 Estoy insatisfecho y fastidiado con todo.
5. 0 No me siento particularmente culpable
- 1 Me siento culpable la mayoría de ocasiones
- 2 Me siento bastante culpable en muchas ocasiones
- 3 Me siento culpable todo el tiempo
6. 0 Yo no creo que este siendo castigado
- 1 Siento que podría ser castigado
- 2 Siento que seré castigado
- 3 Siento que yo estoy siendo castigado
7. 0 No me siento defraudado conmigo mismo
- 1 Me siento defraudado conmigo mismo
- 2 Estoy enojado conmigo mismo
- 3 Me odio a mi mismo
8. 0 No siento que yo sea inferior que cualquier otro
- 1 Soy crítico de mi mismo para mis debilidades y equivocaciones
- 2 Me culpo a mi mismo todas las veces por mis defectos.
- 3 Me culpo a mi mismo por todo lo malo que sucede.
9. 0 No tengo pensamientos de matarme a mi mismo
- 1 Tengo pensamientos de matarme a mi mismo, pero no puedo
- 2 Quisiera matarme a mi mismo
- 3 Me mataría a mi mismo si tuviera la ocasión
10. 0 No lloro más, que como solía hacerlo
- 1 Lloro más ahora, que como antes lo hacia
- 2 Ahora lloro todo el tiempo
- 3 Solía ser capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo
11. 0 Ahora no soy más irritable que antes
- 1 Me molesto o me irrito más fácilmente que como solía hacerlo antes.
- 2 Ahora me siento irritado todo el tiempo
- 3 Estoy irritado de todo, no solo por las cosas que usualmente me irritaban.

12. 0 Yo no he perdido el interés por las personas
 1 Estoy menos interesado en las personas que antes
 2 Tengo muy poco interés en las personas
 3 No me interesan para nada las personas
13. 0 Hago mis decisiones tan bien como lo hago siempre
 1 No puedo hacer más decisiones que las usuales
 2 Ahora tengo gran dificultad en hacer decisiones que anteriormente hacía.
 3 No puedo hacer decisiones en cualquier situación.
14. 0 No creo que me vean más angustiado de lo que solía estar.
 1 Estoy preocupado porque me veo como un viejo(a) poco atractivo(a).
 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea poco atractivo(a)
 3 Creo que me veo feo
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes
 1 Hago un esfuerzo extra para comenzar a hacer algo
 2 Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 3 Ya no puedo hacer cualquier trabajo.
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre lo he hecho
 1 No puedo dormir tan bien como siempre lo hacía
 2 Despierto de 1 a 2 hrs. más temprano que antes y es difícil que vuelva a dormir.
 3 Despierto varias hrs. más temprano que antes y ya no duermo.
17. 0 No estoy más cansado que de costumbre
 1 Me canso más fácilmente que de costumbre
 2 Me canso con cualquier cosa que haga
 3 Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa
18. 0 Mi apetito no es menor que lo normal
 1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser
 2 Ahora mi apetito esta empeorando mucho
 3 No tengo apetito todo el tiempo
19. 0 No he perdido mucho peso, si acaso un poco últimamente
 1 He perdido más de 2 kg. de peso
 2 He perdido más de 5 kg. de peso
 3 He perdido más de 7 kg. de peso
 Tengo el propósito de esforzarme para perder peso comiendo menos de lo acostumbrado. SI___ NO___.

20. 0 No estoy mas preocupado por mi salud física que como lo hago comunmente.
- 1 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como: dolores doloes incomodidades, o trastornos del estómago; o constipación.
- 2 Yo estoy muy preocupado por mis problemas de salud física.
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas de salud física, que no puedo pensar en otra cosa, más que en esto.
21. 0 No he notado algún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo que de costumbre
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
- 3 He pérdido completamente el interés por el sexo.

BIBLIOGRAFIA

=====

1. ACEVEDO, C.M. y MULINARI, S.M., "El anciano indigéna". Primer simposium sobre problemas de vejez, Sociedad de Geriatria y Gerontologia de México, Unión de Instituciones de Asistencia Privada, Instituto Nacional de la Senectud, Memoria editada por la Unión de Instituciones de Asistencia Privada A.C., México,D.F., Noviembre,1981, pp 102-114.
2. ALONSO-FERNANDEZ,F., "Trastornos psíquicos del anciano", Enciclopedia de la psicología y la pedagogía, vol. 3, SEDMAY Ediciones, Madrid, 1979, pp 446-449.
3. BECK, A.T., Cognitive Terapy and the emocional disorders, International Universities Press, Inc. N.Y., 1976, Cap. 10 y 11, pp 233-305.
4. BIRREN, J.E. "Envejecimiento: Aspectos psicológicos", en: Sillis, D.L. (Ed.), Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales, vol. 4, Editorial Aguilar, Madrid, 1974, pp 296-304.
5. BRAVO, W.S., "El asilo de ancianos en México", Primer simposium sobre problemas de vejez, Op cit, pp 31-53.
6. CAMPAILLA, G., "Trastornos mentales en la tercera edad", Enciclopedia de la psicología y la pedagogía, vol. 3, SEDMAY Ediciones, Madrid 1979, pp 296-300.
7. CASTILLA DEL PINO, C., Un estudio sobre la Depresión: Fundamentos de Antropología Dialéctica, Ed. Península, Barcelona,1981, cap. 1, 2, 3 y 4, pp 1-59.
8. CASTRO, L., Diseño experimental sin estadística, Ed. Trillas, México, 1980, cap. 1 y 8, pp 19-30.

9. CONTRERAS, de L.E., "El anciano y su habitat, La institucionalización", 2o. Seminario de Asistencia Social al anciano: La Tercera Edad vida en dignidad, Memorias editadas por el sistema nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Agosto, 1979, pp 30-36.
10. CHEVOTAREV, D., "la biología del envejecimiento", Salud Mental, Mayo, 1982, pp 27-29.
11. FINLEY, E.G., y Delgado M., "La psicología del envejecimiento", Rev. Latinoamericana de Psicología, vol. 13, 3, 1981, pp. 415-432.
12. GARBER & Seligman, Human Helplessness: Teory and Applications, Ed. Appleton Century, N.Y., 1980, cap. 1, 2, 3 y 7.
13. GUTIERREZ, L. de G.V., Antología "Características del estudiante a nivel superior", Dpto. de Pedagogía, UNAM-IZTACALA, 1982.
14. HEMAN, C.A., Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio, Salud Pública de México, vol. 26, 1984, pp. 39-49.
15. JENKINS, J., Felce, D., Lunt, B. & Powell, L., Increasing engagement in activity of residents in old people's homes by providing recreational materials, Behavior Research & Therapy, 1977, vol. 15, pp. 429-434.
16. KRASSOIEVITCH, M., "Psicogeriatría", Primer simposium sobre problemas de vejez, Op cit., pp. 315-321.
17. -----, "Aspectos psicopatológicos del envejecimiento, 2o. Seminario de Asistencia Social al Anciano: La tercera edad, vida en dignidad, Op cit. pp 51-54.
18. LARA, de S. E., "Aspectos psicológicos del proceso de envejecimiento" Op cit., pp 55-59.

19. LEVINSON, P.M., Siglan, A., & Zeiss, A.M., "Behavioral Treatment of Depression". en: P. Davison, Behavioral Management of Anxiety, Depression and Pain, Ed. Brunner Mazel, N.Y., 1976, pp 91-141.
20. MAHER, A.B., Principios de psicopatología: Un enfoque experimental, Ed. McGraw-Hill, Madrid, 1970, cap 11 y 16, pp 326-328 y 579-580.
21. MARTINEZ, Z.G., "La gerontología en México", Naturaleza, vol. 8, núm. 4, Agosto 1977, pp. 235-246.
22. McPHAIL, M., "El viejo enferma", Primer simposium sobre problemas de vejez, Op cit., pp. 123-129.
23. MURPHY, E., "Social origins of depression in old age, Brit. J. Psychiatric, vol. 141, 1982, pp 135-142, en: Salud Mental, vol. 6, núm. 3, 1983.
24. NICOLA, P. de, Fundamentos de Gerontología y Geriatria, Ed. JIMS, Barcelona España, 1979, cap.1, pp. 13-25.
25. OSGOOD, N.A., Suicide in the elderly, Are we heeding the warnings?, Postgraduate Medicine, vol. 72, 2, 1982, en: Salud Mental, vol. 6, año 6, núm. 2, 1983.
26. POLAINO-LORENTE, A. y Farron, A., Depresión: Actualización psicológica de un problema clínico, Ed. Alhambra, Madrid 1984, cap 8 y 11, pp 203-219 y 274-325.
27. PROUDEVIDA, R.A., y Monterde, F., Breve diccionario porrúa de la lengua española, ed. Porrúa, S.A., México, D.F. 1979.
28. REHM, L.P., "Detecting the dimensions of depression: Behavioral Assessment in therapy outcome research", en: Blankstein, D.R. & cols. (Eds.), Advances in the study of communication and affect, Plenum Press, N.Y. and London, 1980, vol. 6, pp. 95-115.

29. SELIGMAN, M., Klein, A., & Miller W., "Depression", en: H. Leitenberg, Handbook of Behavior modification and Behavior therapy, Appleton Century Craf, 1976, pp 168-210.
30. SHAW, B.F., & Beck, A.T., "Depression treatment with cognitive therapy", Handbook of Rational Emotive Therapy, Springe Pub. Co., 1977, núm 4, pp 311-324.
31. SIMPSON, S., Woods, R., & Britton, P., "Depression and engagement in a residential home for the elderly", Behavior Research & Therapy, 1981, vol 19, pp. 435-438.
32. TALMON, Y., "Envejecimiento: Aspectos Sociales", en: Sillis, D.L. (Ed.), Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales, vol. 4, Ed. Aguilar, Madrid, 1974, pp. 296-304.
33. TOURNIER, P., "La psicología de la vejez", Enciclopedia de la psicología y la pedagogía, vol. 3, SEDMAY Ediciones, Madrid, 1979, pp. 211-219.
34. ZIMBERG, N.E., & Kaufman, J., Psicología normal de la vejez, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1976, pp. 65-75.