

AVANÇES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA:

EXPLORANDO LA INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA EN MADRES, ADULTOS
MAYORES Y PACIENTES CON ALZHEIMER

Tomo II



Jessica Vanessa Quito Calle
Pedro Andres Muñoz Arteaga
Andres Alexis Ramírez Coronel
Diego Ismael Rodas Flores
Lauro Esteban Cañizares Abril



REDLIC

Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea



REDLIC

Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea

AVANÇES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA:

EXPLORANDO LA INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA EN MADRES, ADULTOS
MAYORES Y PACIENTES CON ALZHEIMER

Tomo II





REDLIC

Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea

AVANÇES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA:

EXPLORANDO LA INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA EN MADRES, ADULTOS
MAYORES Y PACIENTES CON ALZHEIMER

Tomo II

Título: Avances en psicología clínica: Explorando la investigación cualitativa en Madres, Adultos mayores y Pacientes con Alzheimer. Tomo II.

Primera edición: Enero 2025

ISBN: 978-9942-659-18-7

Link:

<https://redliclibros.com/index.php/publicaciones/catalog/book/51>



Producción editorial y coordinación técnica

-  Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea REDLIC S.A.S. (978-9942-7063)
-  Avenida 3 de Noviembre y Segunda Transversal
-  www.editorialredlic.com
-  rev.investigacioncontemporanea@gmail.com
contactos@editorialredlic.com
-  +593 98 001 0698

Coordinador editorial: Dra. Marcial Iliana Criollo Vargas

Diseño de portada: RedSocial Design
Diseño y diagramación: RedSocial Design

 <https://doi.org/10.58995/lb.redlic.51>

Copyright (c) 2024 Obra sometida al arbitraje por pares académicos bajo la modalidad de doble par ciego.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) cc by

Usted es libre para Compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato y Adaptar el documento, remezclar, transformar y crear a partir del material para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de: Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)

AUTORES

Jessica Vanessa Quito Calle

Universidad Politécnica Salesiana

Pedro Andres Muñoz Arteaga

Universidad Politécnica Salesiana

Lauro Esteban Cañizares Abril

Universidad Politécnica Salesiana

Diego Ismael Rodas Flores

Universidad Politécnica Salesiana

Andres Alexis Ramírez Coronel

Universidad Politécnica Salesiana

¿CÓMO CITAR?

Quito Calle, J. V., Muñoz Arteaga, P. A., Cañizares Abril, L. E., Rodas Flores, D. I., & Ramírez Coronel, A. A. (2025). *Avances en Psicología Clínica: Explorando la investigación cualitativa en madres, adultos mayores y pacientes con Alzheimer, Tomo II*. Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea REDLIC S.A.S. <https://doi.org/10.58995/lb.redlic.51>.

AVISO LEGAL

IMPORTANTE

Los autores son los únicos responsables de todos los manuscritos incluidos en este libro. Se permite la reproducción total o parcial de dichos manuscritos utilizando cualquier método o medio, excepto con fines comerciales o lucrativos.

Los autores que publiquen en la Red Editorial Latinoamericana de investigación contemporánea (REDLIC S.A.S.) aceptan los siguientes términos:

1. Los autores mantienen sus derechos de autor (copyright) y otorgan a la Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea (REDLIC S.A.S) el derecho de la primera publicación de su trabajo, bajo una licencia Creative Commons Attribution 4.0. Esta licencia permite que terceros utilicen el contenido publicado, siempre que se mencione la autoría y la primera publicación en esta editorial.
2. Los autores pueden establecer acuerdos adicionales para la distribución no exclusiva de la versión publicada de su libro/capítulo de libro en otros lugares, como repositorios institucionales, siempre y cuando se indique claramente que el trabajo fue publicado por primera vez en esta editorial.
3. Los autores conservan sus derechos de autor (copyright) y garantizan a la Red Editorial Latinoamericana de investigación contemporánea (REDLIC S.A.S.) el derecho a publicar el manuscrito a través de los canales que considere apropiados.
4. Se permite y se recomienda a los autores compartir su trabajo en línea (por ejemplo, en repositorios institucionales o páginas web personales), una vez que el libro o capítulo de libro haya sido aceptado para su publicación. Esto puede conducir a intercambios productivos y a una mayor y más rápida citación del trabajo publicado.

PRÓLOGO

Es un honor para mí presentar este segundo tomo de Avances en Psicología Clínica: Explorando la Investigación Cualitativa en Adultos Mayores y Pacientes con Alzheimer, una obra que recoge de manera exhaustiva las investigaciones más recientes y relevantes en el campo de la psicología clínica aplicada a una de las poblaciones más vulnerables: los adultos mayores y aquellos afectados por la enfermedad de Alzheimer.

La salud mental y el bienestar de los adultos mayores, especialmente en el contexto de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer, es un área fundamental que necesita ser estudiada con rigor y compromiso. Este libro constituye una valiosa contribución al conocimiento científico, al proporcionar una perspectiva cualitativa profunda sobre las experiencias, desafíos y adaptaciones que enfrentan tanto los pacientes como sus familias.

El trabajo presentado en este volumen refleja una mezcla única de teoría y práctica, y ofrece un enfoque crítico hacia las metodologías de investigación que buscan comprender los matices emocionales, psicológicos y sociales que acompañan el envejecimiento y el deterioro cognitivo. A lo largo de los capítulos, los autores abordan de manera reflexiva y detallada los diferentes enfoques cualitativos, tales como entrevistas, grupos focales y análisis narrativos, proporcionando valiosos hallazgos que aportan al entendimiento de las vivencias de los adultos mayores con Alzheimer.

Es relevante señalar que este tomo no solo profundiza en los aspectos clínicos y de intervención, sino que también enfatiza la importancia de las perspectivas familiares, la relación entre los cuidadores y sus seres queridos, así como el impacto de la enfermedad en la estructura social y emocional de los pacientes. Estos elementos son esenciales para el diseño de estrategias de intervención más efectivas y humanas, que permitan mejorar la calidad de vida de quienes viven con Alzheimer y sus familias.

Al mismo tiempo, este volumen representa una invitación a continuar explorando nuevas avenidas de investigación en el campo de la psicología clínica, impulsando el desarrollo de nuevas técnicas, teorías y prácticas basadas en una comprensión más rica y matizada de la experiencia humana frente a la enfermedad.

Finalmente, deseo felicitar a los autores, quienes con su dedicación y profesionalismo han logrado presentar un compendio académico que, sin duda, será de gran utilidad para los profesionales de la psicología, la salud y las ciencias sociales. Este libro también sirve como una herramienta invaluable para estudiantes e investigadores que buscan profundizar en la complejidad del envejecimiento, las enfermedades neurodegenerativas y la atención a los adultos mayores.

Espero que este trabajo inspire nuevas reflexiones y continúe impulsando el avance en el conocimiento, la práctica clínica y las políticas de salud que impactan directamente en la vida de los adultos mayores y aquellos afectados por el Alzheimer.

Con este tomo, damos un paso más hacia una comprensión más amplia y compasiva de los desafíos de la vejez y la enfermedad, buscando siempre mejorar la calidad de vida y el bienestar integral de nuestros pacientes.

Dr. Andrés Ramirez, PhD.
Universidad Politécnica Salesiana

Índice

16

CAPÍTULO I

HISTORIAS DE RESILIENCIA: EXPERIENCIAS DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE CUENCA

Resumen

Introducción

Metodología

Resultados

Discusión

Conclusiones

Referencias

72

CAPÍTULO II

VARIABLES PSICOLÓGICAS EN LA PERCEPCIÓN MATERNA DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN CUENCA: UN ANÁLISIS PROFUNDO

Resumen

Introducción

Metodología

Resultados

Conclusión

Referencias

Índice

99

CAPÍTULO III

EXPLORANDO LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR: EXPERIENCIAS DESDE CUENCA

Resumen

Introducción

Metodología

Resultados

Discusión

Conclusiones

Referencias

141

CAPÍTULO IV

EN EL CORAZÓN DEL CUIDADO: LA PERSPECTIVA DE UNA CUIDADORA CUENCANA SOBRE EL ALZHEIMER DE SU PACIENTE

Resumen

Introducción

Metodología

Resultados

Discusión

Conclusiones

Referencias

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la psicología clínica, el estudio y la atención de los adultos mayores, particularmente aquellos diagnosticados con Alzheimer, se han convertido en una de las áreas de investigación más relevantes y urgentes en la actualidad. El proceso de envejecimiento, junto con la aparición de enfermedades neurodegenerativas, plantea una serie de desafíos tanto a nivel individual como social, que requieren una comprensión profunda y especializada. Avances en Psicología Clínica: Explorando la Investigación Cualitativa en Adultos Mayores y Pacientes con Alzheimer (Tomo II) busca ofrecer una contribución significativa a este campo, explorando los complejos aspectos emocionales, cognitivos y sociales que afectan a esta población.

Este segundo tomo de la serie se enfoca en la investigación cualitativa, una metodología que permite adentrarse en las experiencias subjetivas de los pacientes y sus familias, proporcionando una visión más rica y detallada de los procesos internos que acompañan el envejecimiento y las enfermedades como el Alzheimer. A lo largo de los capítulos, se abordan diversas metodologías cualitativas, tales como entrevistas en profundidad, grupos focales y análisis narrativos, que permiten explorar de manera detallada las vivencias cotidianas, los desafíos emocionales, las percepciones sobre la enfermedad y las respuestas de adaptación que los pacientes y sus seres queridos desarrollan a lo largo del tiempo.

Uno de los aspectos más relevantes de este volumen es la atención que se presta a la experiencia familiar en el contexto del Alzheimer. Los cuidadores, muchas veces invisibilizados en los estudios sobre la enfermedad, desempeñan un papel crucial en la vida de los pacientes.

Por ello, se profundiza en las dinámicas familiares, las tensiones emocionales y las estrategias de afrontamiento que los familiares adoptan para sobrellevar el impacto de la enfermedad. Además, este tomo no solo se limita a la descripción de los síntomas y efectos del Alzheimer, sino que explora cómo estos afectan la calidad de vida de los pacientes y sus relaciones interpersonales.

Asimismo, el texto aborda los avances en las estrategias terapéuticas y de intervención, poniendo de relieve la importancia de enfoques integrales que incluyan tanto la atención médica como el apoyo psicológico y emocional. En este sentido, los enfoques cualitativos ofrecen un camino para descubrir prácticas innovadoras que promuevan el bienestar integral de los adultos mayores, asegurando que sus voces y experiencias sean escuchadas y consideradas en el proceso de atención y tratamiento.

Este volumen, al igual que su primer tomo, busca ser un referente para profesionales de la psicología, la psiquiatría, la gerontología y otras disciplinas relacionadas con la salud mental. También está dirigido a estudiantes e investigadores que deseen adentrarse en el estudio de las enfermedades neurodegenerativas desde una perspectiva cualitativa, reconociendo la importancia de la empatía, la comprensión y la intervención holística en la atención a los adultos mayores.

En conclusión, la obra “Avances en Psicología Clínica: Explorando la Investigación Cualitativa en Adultos Mayores y Pacientes con Alzheimer (Tomo II)” representa una valiosa recopilación de conocimientos y enfoques que contribuirán a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, especialmente aquellas que enfrentan el Alzheimer, así como a fortalecer el campo de la psicología clínica en su búsqueda por comprender y apoyar a esta población.

CAPÍTULO I

HISTORIAS DE RESILIENCIA: EXPERIENCIAS DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE CUENCA

Jeniffer Sofía Prado Ramon

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0009-0001-1001-1833>

jprador@est.ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador.

Jessica Vanessa Quito Calle

Grupo de investigación en Psicología (GIPSI-SIB)

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0000-0002-1428-5081>

jquito@ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador.

Andres Alexis Ramírez Coronel

Grupo de investigación en Psicología (GIPSI-SIB)

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0009-0007-3493-6519>

aramirezcl@ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador

Resumen

Introducción: La depresión es una afección que compete a la salud pública en los adultos mayores (AM) a causa de diferentes circunstancias tanto ambientales como internas que causan malestar. **Objetivo:** El objetivo principal fue comprender las experiencias de los AM con respecto a la depresión y experiencias con la misma. **Metodología:** Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico acerca de la depresión en el AM en la ciudad de Cuenca. **Resultado:** En cuanto a los resultados obtenidos, se pudo observar que la adulta mayor presenta depresión debido a la violencia que ha experimentado a lo largo de su vida, la soledad debido al abandono familiar. Del mismo modo, este trastorno ha provocado serias dificultades en la entrevistada estos últimos años. **Conclusión:** En síntesis, el trastorno depresivo mayor (TDM) presente en la población adulta mayor constituye una problemática de gran relevancia que concierne al conjunto de la sociedad. Si bien dicha afección se origina a raíz de diversos factores, lamentablemente no se le ha otorgado la debida atención. No obstante, es una situación que precisa ser abordada de manera prioritaria, es por eso que se incentiva la creación de políticas públicas susceptibles de implementarse con el fin de atender esta clase de problemas y brindar soluciones efectivas.

Stories of Resilience: Experiences of Depression in Older Adults in Cuenca

Abstract

Introduction: Depression is a public health concern in older adults (MAs) due to a variety of environmental and internal circumstances that cause distress. **Objective:** The main objective was to understand the experiences of MAs with respect to depression and their experiences with it. **Methodology:** A qualitative phenomenological study was conducted on depression in the MA in the city of Cuenca. **Results:** In terms of the results obtained, it could be observed that the older adult presents depression due to the violence she has experienced throughout her life, loneliness due to family abandonment. Similarly, this disorder has caused serious difficulties for the interviewee in recent years. **Conclusion:** In summary, major depressive disorder (MDD) in the older adult population is a highly relevant problem that concerns society as a whole. Although this condition is caused by various factors, it has unfortunately not been given due attention. However, it is a situation that needs to be addressed as a matter of priority, which is why we encourage the creation of public policies that can be implemented in order to address this type of problem and provide effective solutions.

Palabra clave: Depresión. Adulto mayor. Enfermedad. Familia,

Introducción

El TDM o depresión clínica, es un trastorno que afecta al estado de ánimo. Esta causa una variedad de síntomas que afectan de manera directa a la forma en la que los afectados piensan, manejan su diario vivir o incluso como sienten, cosas como comer, dormir o descansar, trabajar o tomar decisiones (NIMH, 2023). En el estudio de Mlaki et al. (2021) la prevalencia de depresión mayor en el adulto mayor en Tanzania fue de 5,7%. Es importante recordar que, si bien existen variedad de causas para la depresión en esta parte de la población, la más significativa es el abandono familiar, conjunto a esta se encuentra el maltrato familiar. Estas dos situaciones afectan sobremanera a los adultos mayores. A causa de estos dos motivos, las consecuencias son bastante graves, pues se presentan situaciones como intentos de suicidio, grandes impactos en la salud física y algunas otras afecciones importantes, que sin importar lo perjudiciales que son la sociedad no le presta la atención necesaria, hemos ido dejando el tema de lado debido a diferentes prejuicios y pensamientos infundamentados.

En relación con lo ya mencionado, existe una razón imperante por la que se ha desarrollado esta investigación y está sustentada bajo un artículo de la Constitución de la República del Ecuador del 2008 en el tercer capítulo sobre los derechos de las personas y los grupos de atención prioritaria, se menciona que estos grupos recibirán protección contra la violencia, así como protección especial contra la explotación laboral o económica, y se tomarán medidas para protegerlos y brindarles atención en diferentes situaciones. (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008).

Pero el valor teórico del estudio está relacionado con una de las principales causas de depresión en las personas mayores, que incide en el abandono familiar. Además, encontramos que la violencia doméstica, al igual que los motivos mencionados anteriormente, tuvo un efecto

significativo en los sujetos. Impacto significativo. Resultados nocivos en adultos mayores como intentos de suicidio y su impacto en la salud física. Finalmente, tenemos el aporte metodológico del estudio, en el que se realizarán entrevistas para comprender las experiencias, actitudes y dificultades de las personas (especialmente los padres) con depresión. Este paradigma es de gran importancia debido al desconocimiento actual de esta sociedad, especialmente para el pueblo del Ecuador, por lo que equilibramos la educación y el conocimiento de estas consecuencias. En este estudio, los beneficiarios directos serán las personas mayores, mientras que los indirectos serán familiares, amigos, conocidos, estudiantes universitarios y profesionales sanitarios.

Por ello, es imperante aclarar que la depresión es un trastorno del estado de ánimo grave. Puede causar síntomas severos que perjudican la manera en que el sujeto piensa, siente o controla las actividades diarias como comer, dormir o trabajar (NIMH, 2023). Además, existen diferentes tipos de depresión, y el DSM-5 considera: trastornos disruptivos del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno disfórico menstrual, depresión inducida por sustancias/medicamentos, trastornos causados por otras afecciones médicas, otras depresiones especificadas, y otras depresiones no especificadas (DSM-5, 2013).

En particular, la vejez ha provocado altas tasas de enfermedad y discapacidad entre los adultos mayores, lo que ha dado como resultado una mayor demanda de servicios de atención médica. La depresión en esta población es un trastorno psiquiátrico grave que afecta a una gran proporción de pacientes ambulatorios, residentes de residencias de ancianos y pacientes hospitalizados. La Organización Mundial de la Salud predijo que en 2020 la depresión será el mayor problema de salud mundial para este grupo de edad (Lizárraga, 2006). Esencialmente, los factores de riesgo son atributos individuales, familiares o sociales cuya presencia aumenta la probabilidad de que ocurra un evento particular.

En el ámbito de la violencia, los factores de riesgo son características que colocan al sujeto en una situación que lo hace en cierta medida vulnerable a una conducta violenta. En este artículo, seguimos el modelo ecológico de desarrollo del comportamiento humano de Bronfenbrenner (1987) para analizar los factores de riesgo. (Luengo et al., 1999).

Además, la depresión no es solo un mal humor, sino también una enfermedad que afecta el funcionamiento del cerebro. La serotonina, un neurotransmisor esencial para la salud emocional y el sueño, está reducida en personas con depresión. Esta reducción puede provocar cambios de energía, cambios de comportamiento y sentimientos de tristeza y apatía (NIMH, 2020). Según los Institutos Nacionales de Salud, la depresión se parece mucho a la demencia en los adultos mayores, con síntomas que incluyen reducción de la energía o cansancio, disminución en la velocidad de movimientos o habla, y dificultad para enfocarse, recordar o tomar decisiones son características observadas. Además, los pacientes reportan que síntomas físicos comunes de la depresión incluyen dolores de cabeza, molestias en las articulaciones, fatiga, pérdida de apetito, trastornos del sueño y problemas gastrointestinales. (Stepko, 2022).

Primero, en conjunto con los antecedentes ya mencionados, el estudio realizado por Durán Badillo (2013) examinó la relación entre el estudio de la depresión y el desempeño cognitivo en adultos mayores dentro de una comunidad urbana desfavorecida en México. Los resultados muestran que la depresión es común en este grupo de edad, especialmente entre los 81 y 90 años. Aunque se han encontrado asociaciones débiles entre la depresión y el deterioro cognitivo, comprender la relación entre ambos es esencial para desarrollar intervenciones de atención para las familias de adultos mayores. Además de identificar inmediatamente los signos de depresión, estas intervenciones están diseñadas para promover la motivación, la integración social y estimular la función cognitiva. Estos hallazgos deben

considerarse al abordar la salud mental y el bienestar de los adultos mayores en entornos urbanos marginados.

Por lo tanto, el artículo sobre la depresión en la población mayor en Perú se enfoca en un estudio transversal y analítico que emplea datos de la encuesta nacional de hogares para explorar condiciones específicas como la pobreza y el entorno de vida. en el país durante el período 2018-2018. 2020. también encontró factores que pueden estar asociados con la depresión, que la causan las mujeres, bajos ingresos, baja educación, vivir en zonas rurales, provenir de montañas o selvas y, en última instancia, la mayoría de estas condiciones se presentan en personas de 75 años y más. En un intento por abordar esta situación, se recomienda a las autoridades centrarse en grupos pequeños y específicos, prestando más atención a las mujeres mayores de 75 años en las zonas rurales, así como a las personas mayores que viven en industrias con una mayor incidencia de depresión.

Por otro lado, la investigación de Lliguisupa et al. (2020) examinó la prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores atendidos en hospitales secundarios. Los resultados indicaron que una gran proporción de estos adultos experimentaban síntomas depresivos, especialmente en mujeres y personas de entre 75 y 84 años. Aunque no se estableció una relación directa entre la depresión y comorbilidades específicas, está claro que la depresión puede afectar negativamente la calidad de vida y aumentar la mortalidad en esta población. Estos hallazgos subrayan la importancia de la identificación temprana y la prevención de los síntomas depresivos en adultos mayores para mejorar su salud y reducir los riesgos asociados. Por lo tanto, estos resultados deben considerarse al desarrollar estrategias de cuidado y atención para este grupo vulnerable. Por otra parte, la investigación de Durán Badillo et al. (2013) también exploró la relación entre la depresión y la función cognitiva en adultos mayores de comunidades urbanas marginadas. El estudio encontró que más del 40% de los adultos mayores sufrían algún

tipo de depresión y alrededor del 41,7% presentaban deterioro cognitivo. Además, se observó una correlación negativa entre la depresión y la función cognitiva, sugiriendo que la presencia de depresión puede afectar la función cognitiva en este grupo. Estos hallazgos destacan la importancia de abordar tanto la salud mental como la función cognitiva en los adultos mayores para promover su bienestar general.

Adicionalmente, la investigación realizada por Moreira y Vacacela (2013) examinó datos del Centro de Gerontología de Guayaquil que muestran que un total de 79% de los adultos mayores que acuden al centro no presentan síntomas de depresión, mientras que el 21% presenta síntomas de depresión. Estos resultados indican que más de la mitad de los participantes del estudio no padecían depresión, resaltando la importancia de brindar a esta población una atención integral para prevenir y tratar los síntomas depresivos. El Centro Municipal de Mayores “Dr. Arsenio de la Torre Marcillo en Guayaquil” brinda atención integral gratuita a los adultos mayores para mejorar su condición física, mental y social. Ofrece actividades como talleres regulares y complementarios, y más de 1.400 personas mayores reciben atención, cuidado, aprendizaje y entretenimiento en el centro y sus 10 clubes. La atención integral tiene como objetivo mejorar el envejecimiento y mejorar la calidad de vida, incluyendo los aspectos físicos, cognitivos, psicológicos, sociales y familiares. Además, se ofrece apoyo virtual y programas de telepsicología a personas mayores que lo necesiten.

Además, en el estudio realizado por Bastidas-Bilbao y Hamer (2014) se enfatiza la necesidad de realizar investigaciones más allá de describir la coexistencia de la depresión geriátrica con diversas afecciones médicas en adultos mayores. Se ha observado que los pacientes con enfermedades como la enfermedad de Parkinson y sus familias enfrentan desafíos para adaptarse al manejo de enfermedades crónicas, lo que puede afectar negativamente los ámbitos laboral, familiar y social. Estos hallazgos resaltan la importancia de comprender cuidadosamente las relaciones

etiológicas entre las condiciones médicas y la depresión en adultos mayores para mejorar su calidad de vida y bienestar.

Por otra parte, la revisión sistemática realizada por Parada et al. (2022) sobre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores destaca la relación entre ambas condiciones a medida que envejecemos. Los estudios revisados mostraron que el riesgo de depresión y deterioro cognitivo aumenta con la edad. Se observó una asociación entre estas dos condiciones, sugiriendo la presencia de componentes comunes en la etiología de ambos trastornos. Los hallazgos subrayan la importancia de considerar factores como enfermedades crónicas y patologías degenerativas en la aparición de la depresión en adultos mayores con deterioro cognitivo, lo cual puede ayudar a mejorar la detección temprana y el tratamiento de estas condiciones.

Cabe enfatizar que el objetivo general de este estudio fue comprender la experiencia de depresión entre los adultos mayores en Cuenca, Ecuador, con el objetivo de desarrollar recomendaciones psicológicas para reducir la depresión. Por otro lado, nuestros objetivos específicos son: 1) confirmar también teóricamente que los adultos mayores padecen depresión, 2) identificar de manera similar las experiencias de los adultos mayores en la ciudad de Cuenca en el año 2024, y 3) desarrollar formas de reducir la depresión psicológica. Referencias por depresión.

Metodología

Enfoque

El método de estudio y análisis que se usó en este documento fue la investigación cualitativa, esta se centra en explorar las percepciones, emociones e interacciones dentro de grupos específicos, lo que la hace especialmente útil para obtener información detallada (Corona, 2018). Tracy (2021) recalca en la revista de educación de la Universidad de Málaga que la importancia de esta radica en que es importante,

apropiada, relevante, interesante o inspiradora. Los temas importantes suelen originarse de las prioridades de la disciplina y, por ende, resultan persuasivos desde una perspectiva teórica o conceptual.

Paradigma

Se efectuó un paradigma socio-crítico que se identifica cómo introducir la ideología de manera explícita dentro de los procesos de generación de conocimiento, incorporando además una crítica reflexiva en dichos procesos. Su propósito fundamental es transformar la estructura de las relaciones sociales, buscando respuestas a los problemas que estas relaciones generan. Para ello, se sustenta en la acción-reflexión llevada a cabo por los miembros de la comunidad, configurándose como una unidad indisoluble entre lo teórico y lo práctico, además, pues, de un modelo que busca trascender la mera teorización, para intervenir de manera transformadora en la realidad (Alvarado y García, 2008).

Diseño

En este estudio se abordó el diseño fenomenológico, que consiste en describir, explorar y comprender las experiencias de los individuos respecto a un incidente y tratar de descubrir los elementos de tales vivencias, este fenómeno abarca desde el planteamiento y puede llevar a ser tan diverso como la extensa vivencia humana (Ramírez, 2024).

Población y muestra

En este estudio se trabajó con una población de adultos mayores (65 años) proveniente de la ciudad de Cuenca (Ecuador), actualmente no se conoce un dato fiable de la población de adulto mayor en el 2024 (es decir, población infinita). Se efectuó un muestreo no probabilístico, por conveniencia se eligieron cinco adultos mayores, dos del sexo femenino y tres de masculino.

Criterios de exclusión e inclusión

Al abordar la cuestión de la depresión en adultos mayores, fue primordial considerar tanto los criterios de inclusión como los de exclusión para obtener resultados significativos y representativos. Por un lado, fue importante incluir a aquellos individuos de 65 años o más, sexo, masculino o femenino, sin importar su estado civil, encontrarse en plenas facultades cognitivas y ser capaces de participar de manera activa en la investigación. Por otro lado, en esta investigación se excluyó a los individuos que presenten deterioro cognitivo, que hablen otro idioma, que muestren una enfermedad catastrófica, que hayan experimentado eventos vitales estresantes recientes que puedan afectar los resultados y por último, que reciban un tratamiento farmacológico o terapéutico para la depresión en el momento del estudio.

Técnica

Para esta investigación, se usó la técnica de entrevista, la cual implica una interacción directa entre el entrevistado y el entrevistador para obtener información detallada y opiniones sobre un tema específico (Medina et al., 2023). Se empleó la entrevista para explorar más a fondo el tema de la depresión en adultos mayores de la ciudad de Cuenca, con el objetivo de investigar las experiencias dentro de la muestra de estudio.

Instrumentos

Primeramente, se utilizó una encuesta *ad hoc* de variables socio-demográficas como la edad (≥ 65 años), sexo (masculino o femenino), estado civil (con pareja o sin pareja), instrucción (primaria, secundaria, bachillerato, tercer nivel o cuarto nivel), actualmente vive con (esposa, hijos, nietos, nuera), Posteriormente se aplicó un cuestionario de preguntas sobre las experiencias de depresión en adultos mayor, que contiene 9 preguntas relacionadas con las causas (maltrato familiar y abandono familiar) y consecuencias (intentos suicidas e impacto en la salud física). Para mayor información, anexo A.

El análisis cualitativo seguido para las entrevistas realizadas incluyó varios pasos detallados. En la primera etapa, se llevó a cabo la codificación inicial. Se realizó una lectura exhaustiva de las transcripciones de las entrevistas, identificando segmentos relevantes que representaban ideas, conceptos o temas importantes. Estos segmentos fueron etiquetados con códigos descriptivos que capturaban su esencia. Esta fase inicial fue de carácter exploratorio, lo que permitió familiarizarse con los datos y comenzar a identificar patrones emergentes sin imponer una estructura rígida.

Luego de completar la codificación de primer nivel, se procedió con la codificación de segundo nivel o codificación axial. En esta etapa, se revisaron de manera más exhaustiva y sistemática los códigos iniciales para identificar relaciones entre ellos. Se agruparon códigos similares y se establecieron conexiones que permitieron construir categorías más amplias y abarcadoras. La codificación axial integró los datos dispersos en un marco más coherente, facilitando la identificación de temas y subtemas clave. Durante este proceso, se desarrolló una estructura teórica preliminar que explicó los fenómenos observados en las entrevistas.

La siguiente etapa del análisis implicó la construcción de redes semánticas. Se crearon representaciones visuales que mostraron cómo los diferentes códigos y categorías se encontraban interconectados. Este paso fue fundamental para visualizar las complejas relaciones entre los temas y subtemas identificados.

Al construir estas redes semánticas, se identificaron patrones y estructuras subyacentes en los datos, lo que permitió una comprensión más completa y detallada del fenómeno estudiado. Estas redes facilitaron la organización de los datos y la comunicación de los hallazgos de manera clara y efectiva.

Finalmente, se llevó a cabo la triangulación con el propósito de garantizar la validez y confiabilidad del análisis cualitativo. Se emplearon diversas fuentes de datos, métodos, investigadores o teorías para corroborar los hallazgos. Al comparar y contrastar distintas perspectivas, se identificaron posibles sesgos y se aseguraron conclusiones sólidas y bien fundamentadas. La triangulación añadió una capa adicional de rigor al análisis, incrementando la credibilidad y profundidad de los resultados obtenidos.

En resumen, el plan de análisis cualitativo aplicado a las entrevistas incluyó varios pasos clave. En primer lugar, se llevó a cabo la codificación de primer nivel, donde se identificaron segmentos significativos de los datos. Posteriormente, se realizó la codificación de segundo nivel o codificación axial, con el fin de establecer relaciones entre los códigos iniciales y construir categorías más amplias. Luego, se crearon redes semánticas para visualizar y comprender estas conexiones de manera más profunda. Finalmente, se aplicó la triangulación para garantizar la precisión y fiabilidad de los descubrimientos, se reforzaron al contrastar diversas fuentes de datos, métodos y puntos de vista. Este enfoque sistemático y metódico facilitó una comprensión exhaustiva y minuciosa de los aspectos cualitativos estudiados, estableciendo así una base robusta para interpretar y exponer los resultados obtenidos.

Resultados

La tabla 1 presentó un análisis de las características de la depresión en Adultos Mayores (DAM), basado en una codificación abierta de primer nivel (codificación abierta). Esta codificación clasificó las percepciones en diversas subcategorías, cada una con un código específico, y cuantificó el número de marcas de color asociadas a cada subcategoría (frecuencia absoluta y relativa).

Entre las subcategorías, Afección física y mental (AFM) representó el 30,5% ($n = 18$) lo que la hace la subcategoría más frecuente. Apoyo (APY)

CAPÍTULO I

Historias de Resiliencia: Experiencias de Depresión en el Adulto Mayor de Cuenca

significó un 8,5% ($n = 5$). Ausencia de familia (ADF), Cambio (CMB) y Seguridad (SDD) tuvieron un 6,8% ($n = 4$). Dificultad (DFC), Abuso Familiar (ABF), Reconocimiento del Problema (RDP) y Ganas de Cambio (GDC) tuvieron cada una 3 marca, representando el 5,1% respectivamente. Secuelas (SCL), Falta de motivación (FDM) y Culpa (CLP) representan el 3,5% ($n = 2$).

Finalmente, las subcategorías Apertura (APT), Desahogo (DSH), Baja Autoestima (BAT), Control de las Emociones (CDE), Bienestar (BNT) y Desorganización (DSC) representan cada una el 1,7%, con 1 marca cada una.

En total, se registraron 59 marcas de color, distribuidas entre las distintas subcategorías antes mencionadas. Esto proporcionó un panorama detallado de las diversas percepciones que tiene un adulto mayor que sufre depresión (Tabla 1).

Tabla 1.

Codificación de las experiencias de la depresión en el adulto mayor.

CODIFICACIÓN DE PRIMER NIVEL			Total de Marcas de Color	
Categoría	Subcategorías	Códigos	n	%
Depresión en Adultos Mayores (DAM)	Ausencia de Familia	(ADF)	4	6,8
	Afección física y mental	(AFM)	18	30,5
	Dificultad	(DFC)	3	5,1
	Apoyo	(APY)	5	8,5
	Abuso familiar	(ABF)	3	5,1
	Secuelas	(SCL)	2	3,4
	Reconocimiento del problema	(RDP)	3	5,1
	Ganas de cambio	(GDC)	3	5,1
	Falta de motivación	(FDM)	2	3,4
	Culpa	(CLP)	2	3,4

Cambio	(CMB)	4	6,8
Apertura	(APT)	1	1,7
Desahogo	(DSH)	1	1,7
Baja autoestima	(BAT)	1	1,7
Seguridad	(SDD)	4	6,8
Control de emociones	(CDE)	1	1,7
Bienestar	(BNT)	1	1,7
Desorganización	(DSC)	1	1,7
		59	100,0

Por otro lado, la tabla 2 proporcionó un análisis detallado de las percepciones que tiene un adulto mayor que sufre depresión (DAM), enfocándose en las coincidencias y discordancias (densificación) de las experiencias observadas en varias subcategorías. Esta tabla muestra cómo se densificaron estas percepciones a través de una entrevista con dos revisores.

En la categoría de Ausencia de Familia (ADF), se encontró que la paciente sentía la gran ausencia de su familia desde ya hace varios años y se hace notar que esta misma no ha estado en el proceso de sanación de la paciente, mientras que una discordancia era que la paciente solo recuerda un suceso de su hijo más no de toda la familia. La Afección Física y Mental (AFM) se habla acerca de todos los daños tanto físicos como mentales que ha sufrido la paciente durante años como, abuso físico, sentimientos de culpa, tristeza profunda, incertidumbre, soledad, etc., por otro lado, una discordancia clara es que solo se habla acerca de la ausencia de la familia sin tomar en consideración el resto.

En cuanto a las Dificultades (DFC), la paciente comentó que la parte más difícil de todo lo que está sufriendo es saber que no cuenta con su familia. En Apoyo (APY) la paciente recalca que su único y principal apoyo es su cuidador, quien siempre se esfuerza por darle consuelo y comprensión. Una clara discordancia es que el otro revisor en esta

categoría resaltó únicamente el apoyo que dio la paciente para realizar la entrevista.

Para la subcategoría de Abuso Familiar (ABF) la paciente comenta un suceso en el que uno de sus hijos la golpeó por una situación trivial. En relación con Secuelas (SCL), se comenta que claramente por todas las situaciones vividas la paciente tiene secuelas físicas y mentales de su pasado. El reconocimiento del problema (RDP) se describió como el proceso que pasó la paciente para reconocer el problema y querer hacer algo por ello.

En términos de Ganas de Cambio (GDC), se comenta acerca del cambio que quiso la paciente para sí misma después de reconocer el problema. En Falta de Motivación (FDM) se aborda que la paciente notó este síntoma una vez que se jubiló, en donde había perdido el interés por hacer cosas que antes le causaban placer. Para la Culpa (CLP), se menciona que la paciente siente culpa debido a pensamientos intrusivos como el “haber criado mal a sus hijos”. En la subcategoría Cambio (CMB) se reflejó que la paciente, conforme fue a terapia y siguió la medicación, ha podido cambiar aspectos de su vida y comportamiento que antes le hacían daño.

La Apertura (APT) es la disposición y apertura que tuvo la paciente al realizarse la entrevista. Desahogo (DSH) la paciente resaltó este sentimiento al comentarle a alguien que no fuera su cuidador y terapeuta lo que sentía y por lo que había pasado. La baja autoestima (BAT) es un estado en el que la paciente en su momento no podía ni mirarse a un espejo debido a sus secuelas. La seguridad (SDD) la paciente habla acerca de que su cuidador le ha ofrecido disposición y seguridad constante, lo que la ha motivado a sentirse segura consigo misma.

El control de las emociones (REP) se describió el proceso de la paciente con respecto al control de las emociones. El Bienestar (BNT) se vincula con todas las cosas positivas que ha sentido la paciente estos últimos meses con su cuidador y la terapia. La Desorganización (DSC) es una de

las afecciones que tuvo la paciente cuando comenzó con síntomas de depresión, descuidando aspectos muy importantes de su vida.

Tabla 2.

Densificación de las experiencias de la depresión en el adulto mayor.

Densificación				
Categoría	Subcategorías	Códigos	Coincidencias	Discordancias
Depresión en Adultos Mayores (DAM)	Ausencia de Familia	(ADF)	He notado la ausencia de toda mi familia durante los últimos años y ha sido realmente doloroso.	Recuerdo la ocasión en la que uno de mis hijos dejó de hablarme.
	Afección física y mental	(AFM)	Incluso mis hijos ignoraron y no me apoyaron, lo cual ha sido doloroso. Al jubilarme, noté más la ausencia de mi familia, lo que se	Si, especialmente en los últimos años, la ausencia de mi familia, sobre todo de mis hijos, ha sido notable. Siendo sincera, siento que mi familia no ha desempeñado un papel significativo en mi proceso de sanación.

manifestó en pérdida de apetito, abandono de actividades, fatiga, incertidumbre y culpa. Con el tiempo, sufrí pérdida de peso, descuido personal y evitar salir, reflejando el deterioro de mi autoestima. Esta situación indica la necesidad de ayuda para recuperar mi bienestar tras las experiencias traumáticas vividas.

Dificultad (DFC)

La falta de su apoyo ha sido especialmente difícil de sobrellevar y difícil de llenar.

Apoyo (APY) Mi apoyo es mi La cuidador que entrevistada hace todo por se mostró muy brindarme abierta al consuelo y responder las comprensión, preguntas e han sido una incluso gran ayuda, mencionó al siendo un apoyo final que esta fundamental en entrevista le medio de la ayudó a hablar soledad y sobre lo que le angustia que he estaba vivido. Buscar pasando con este tipo de alguien que no apoyo, fuera ni su especialmente terapeuta ni de mi cuidador, su cuidador. ha sido una estrategia clave para atravesar los momentos más difíciles.

Abuso familiar (ABF) Sinceramente, he sido víctima de abuso por parte de mi familia. Recuerdo una ocasión en la que uno de mis hijos me golpeó por una situación trivial.

Secuelas	(SCL)	Ha dejado secuelas duraderas en mi bienestar emocional, recordé todo lo que había pasado y sentí mucho más dolor.
Reconocimiento del problema	(RDP)	Considero crucial abordar más profundamente el abuso familiar, pues sufrirlo de mis hijos tuvo efectos devastadores. Es fundamental reconocer la gravedad de estas experiencias y brindar apoyo a las víctimas.
	(GDC)	Considero que el abuso familiar es un tema crucial que merece mayor atención. Como víctima,

sé que puede tener devastadoras consecuencias y dejar hondas cicatrices. Es vital reconocer esta gravedad y brindar apoyo. Buscar ayuda ha sido fundamental para mi bienestar.

Falta de motivación

(FDM)

Creo que fue cuando me jubilé, pues de un día para otro dejé de hacer las cosas que me gustaban, como sembrar y cocinar para las personas.

Culpa

(CLP)

pues creo que lo que me ha ocurrido es resultado de no haber criado bien a mis hijos

Inicié terapia hace dos meses para aprender a controlar mis estados de ánimo, lo cual ha sido un gran avance en mi bienestar emocional. Adquirir herramientas para manejar mis emociones me ha ayudado a enfrentar mejor los desafíos. Como estudiante de psicología clínica, mi progreso personal me motiva a seguir creciendo para ser una excelente psicóloga en el futuro.

Apertura (APT) La entrevistada se mostró muy abierta al responder las preguntas e

		incluso mencionó al final que esta entrevista
		le ayudó a hablar sobre lo que le estaba pasando
Desahogo	(DSH)	con alguien que no fuera ni su terapeuta ni su cuidador.
		Este tipo de comportamiento ha dejado una profunda cicatriz emocional en mí, haciéndome sentir desamparado y traicionado por aquellos a quienes amaba y esperaba recibir apoyo.
Baja autoestima	(BAT)	
		Mi cuidador ha intentado brindarme el apoyo que necesitaba.
Seguridad	(SDD)	Considero crucial abordar

		a fondo el abuso familiar, el cual sufrí de mis hijos, un tema subestimado, pero de gran importancia. Y proporcionar seguridad a las víctimas.
Control de emociones	(CDE)	. Hace apenas dos meses comencé a aprender a controlar estos estados de ánimo fluctuantes a través de la terapia.
Bienestar	(BNT)	Aprender a manejar mis emociones me ha brindado herramientas poderosas para enfrentar los desafíos que surgen en mi vida.
Desorganización	(DSC)	Descuidé por completo mi higiene personal y llegué al punto

de evitar salir de
casa, algo que
en el pasado
nunca habría
imaginado
hacer

En la Tabla 3 se presentó una codificación de segundo nivel (axial) de las percepciones de un adulto mayor que sufre Depresión (DAM). En esta tabla se clasificaron las categorías, subcategorías y códigos iniciales, se observaron los cambios realizados (como fusiones y recodificaciones) y se registraron las frases representativas asociadas a cada código.

En la categoría de Depresión en el Adulto Mayor, la subcategoría Ausencia de Familia (ADF) se fusionó con Dificultad (DFC), Abuso Familiar (ABF) y Desorganización (DSC) bajo el código final Dificultad que presentan los pacientes (DPP). Las frases representativas incluyeron: La ausencia de mi familia, especialmente de mis hijos, a quienes no he visto en aproximadamente un año, ha sido muy difícil de sobrellevar y de llenar, lo que ha dificultado mi proceso de sanación.

Las subcategorías de Afección Física y Mental (AFM), Falta de Motivación (FDM), Culpa (CLP) y Baja Autoestima se fusionaron y el código final fue Afección Física Y Mental. Las frases representativas fueron: He sido víctima de abuso psicológico y físico por parte de mi familia, incluyendo el abandono de mis propios hijos ha dejado profundas cicatrices emocionales y me ha llevado a experimentar pérdida de apetito, fatiga, incertidumbre, culpa, pérdida de peso, descuido personal y aislamiento afectando gravemente mi bienestar y requiriendo ayuda urgente.

Por otro lado, las subcategorías Apoyo (APY), Apertura (APT), Control de las emociones (CDE) y Bienestar (BNT) se combinaron bajo el nombre de esta última: Bienestar. Esta presentó las siguientes frases: mi

cuidador ha intentado brindarme el apoyo que tanto necesitaba y consideró crucial abordar con profundidad el abuso familiar.

La subcategoría Secuelas (SCL) se mantuvo sola y con el mismo nombre, con frases como “Ha dejado secuelas duraderas en mi bienestar emocional”, recordé todo lo que había pasado y sentí mucho más dolor.

Por último, las subcategorías Reconocimiento del Problema (RDP), Ganas de Cambio (GDC), Cambio (CMB) y Desahogo (DSH) se combinaron bajo el nombre de Identificación del problema o aceptación (IPA). Las frases que se mostraron fueron: la falta de apoyo de mi familia ha sido extremadamente difícil, he aprendido a reconocer mis problemas, todo gracias a que noté el problema y busqué un cambio.

La tabla mostró un proceso de refinamiento y consolidación de las categorías y subcategorías para reflejar mejor las percepciones y experiencias de la paciente, utilizando frases que ilustraron experiencias vividas.

Tabla 3.

Codificación de segundo nivel (Axial) de experiencias en la depresión en el adulto mayor.

CODIFICACIÓN DE PRIMER NIVEL						
Categoría	Subcategorías	Códigos	Cambios	Subcategoría Final	Recodificación	Frases
Depresión en el Adulto Mayor (DAM)	Ausencia de Familia	(ADF)	Fusionó	Dificultad que presentan los pacientes	DPP	La ausencia de mi familia, especialmente de mis hijos, a quienes no he visto en aproximadamente un año, ha sido muy difícil de sobrellevar y de llenar, lo que ha dificultado mi proceso de sanación.
	Dificultad	(DFC)				
	Abuso familiar	(ABF)	Se fusiona	Afección física y mental	AFM	He sido víctima de abuso psicológico y físico por parte de mi familia, incluyendo el
	Afección física y mental	(AFM)				
	Falta de motivación	(FDM)				

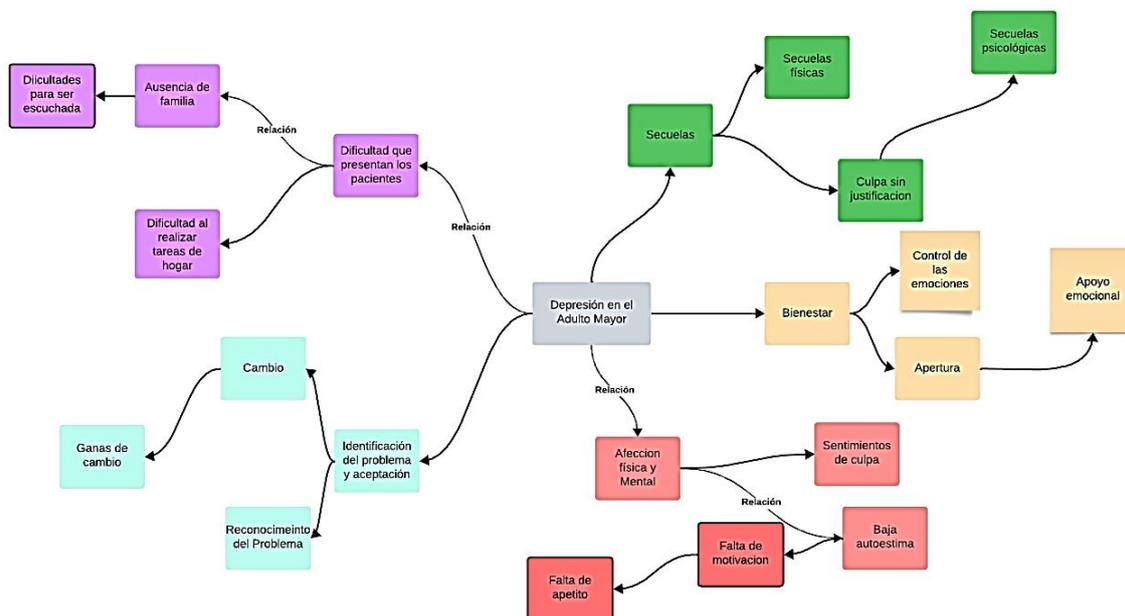
<p>Culpa (CLP)</p>	<p>abandono de mis propios hijos, lo que ha dejado profundas cicatrices</p>
<p>Baja autoestima (BAT)</p>	<p>emocionales y me ha llevado a experimentar pérdida de apetito, fatiga, incertidumbre, culpa, pérdida de peso, descuido personal y aislamiento, afectando gravemente mi bienestar y requiriendo ayuda urgente.</p>
<p>Apoyo (APY)</p>	<p>Se fusiona Bienestar BNS</p>

Apertura	(APT)				La falta de apoyo de mi familia, especialmente de mis hijos, ha sido difícil de sobrellevar y llenar, siendo un momento muy duro en el que ahora mi cuidador ha intentado brindarme el apoyo que tanto necesitaba, por lo que considero crucial abordar con profundidad el abuso familiar, un tema a menudo subestimado pero de gran importancia.
Seguridad	(SDD)				
Control de emociones	(CDE)				
Bienestar	(BNT)				
Secuelas	(SCL)	Se mantiene	Secuelas	SCL	Ha dejado secuelas duraderas en mi

					bienestar emocional, recordé todo lo que había pasado y sentí mucho más dolor.
Abuso familiar	(ABF)	Se fusiona	Identificación del problema o aceptación	IPA	La falta de apoyo de mi familia ha sido difícil, pero en los últimos meses, mi cuidador ha intentado ocupar ese lugar, brindándome un apoyo fundamental que, aunque no reemplaza el de mi familia, me ha ayudado a atravesar momentos difíciles y tomar decisiones más claras.
Reconocimiento del problema	(RDP)				
Ganas de cambio	(GDC)				
Cambio	(CMB)				
Desahogo	(DSH)				

Figura 1.

Red semántica de las experiencias de la depresión en el adulto mayor



En la red semántica se evidenció un texto principal relacionado con la Depresión en Adultos Mayores (DAM) y conceptos relacionados. Estaba estructurado con cuadros conectados por líneas que indicaban las relaciones entre los conceptos. En el lado izquierdo, había dos ramas que comenzaban con Dificultades para ser escuchadas y Ausencia de familia, ambas conectadas a un cuadro con la subcategoría Dificultad con pacientes (DPP) de color morado. Directamente, debajo de esto, había dos ramas que comenzaban con Ganas de cambio y Reconocimiento del problema, ambas conectadas a un cuadro etiquetado Identificación del problema y aceptación (IPA), que también se conectaba al cuadro central de depresión y era de color celeste.

A la derecha del cuadro central de depresión, había varias ramas con conceptos relacionados: Secuelas (SCL) conducían a secuelas psicológicas y Culpa sin justificación de color verde. Bienestar (BNS) se conectaba a Control de emociones y Apoyo Emocional y Apertura se conectaba a Sentimientos de culpa, todos estos cuadros eran de color naranja. Debajo del cuadro central de depresión, había ramas que

conducían a síntomas o problemas relacionados. Afectación física y mental (AFM) se conectaba a Falta de apetito, Falta de motivación y Baja autoestima, con el color rojo.

En el estudio analizado, la triangulación metodológica se aplicó mediante la comparación de interpretaciones realizadas por dos revisores respecto a diversos aspectos del desarrollo del lenguaje en contextos médicos y psicológicos específicos. Cada revisor proporcionó observaciones detalladas respaldadas por citas relevantes:

Uno de los puntos discutidos fue las dificultades que presentan adultos mayores en relación con la depresión, ambos revisores comparten la temática de la falta de apoyo familiar, pero difieren en cuanto a los detalles específicos de la situación y el impacto emocional que esta falta de apoyo ha tenido en la persona. Los adultos mayores han sido tradicionalmente vistos como personas frágiles que requieren protección y asistencia, especialmente dentro de sus familias. Sin embargo, lamentablemente algunos ancianos sufren rechazo e incluso maltrato físico, psicológico, social, descuido y abandono por parte de sus propios familiares, lo cual se ha convertido en un problema grave en nuestra sociedad. Si bien en las culturas primitivas el conocimiento y la sabiduría de los ancianos eran motivo de orgullo y respeto, en el pasado la longevidad era considerada una recompensa divina. Actualmente, el abandono y el maltrato del adulto mayor se han profundizado con el tiempo, lo cual contrasta con la imagen tradicional del anciano como fuente de sabiduría y merecedor de cuidado y protección en el seno familiar (Carrillo, et al., 2016).

En relación con las afecciones físicas y mentales, los dos revisores comparten similitudes en cuanto a las experiencias emocionales, los efectos en la salud mental y física, y la necesidad de recuperar el bienestar después de vivir situaciones difíciles y traumáticas. El mundo está experimentando un acelerado envejecimiento demográfico, con la

proyección de que en 2030 una de cada seis personas tendrá 60 años o más. Si bien muchos adultos mayores gozan de buena salud, una proporción significativa enfrenta problemas de salud mental, como depresión y ansiedad, que representan el 10,6% de la discapacidad total en este grupo etario. Los principales factores de riesgo incluyen el aislamiento social, la soledad, el maltrato y abuso (que sufre uno de cada seis ancianos, a menudo por parte de sus cuidadores), las enfermedades crónicas y discapacidades, el duelo y la reducción de ingresos, así como la discriminación por edad. Ciertos grupos, como los adultos mayores en entornos humanitarios o con condiciones crónicas, corren un riesgo aún mayor, aunque estas afecciones suelen estar infravaloradas e infratratadas. (OMS, 2023).

Secuelas también es otro de los temas tratados, siendo uno solo de los revisores que aportó recalando las graves secuelas de un adulto mayor con depresión. El maltrato a AM tiene fuertes impactos tanto físicos como psicológicos. Los estudios han demostrado que puede causar lesiones, incapacidades permanentes y el agravamiento de enfermedades. A nivel psicológico, genera ansiedad, soledad, pérdida de la dignidad, la confianza y la esperanza. Solo en Estados Unidos, los gastos médicos anuales por las lesiones causadas por agresiones a personas mayores alcanzan los \$5,300 millones. En resumen, el maltrato al adulto mayor no solo tiene un alto costo humano, sino también un significativo impacto económico debido a los altos costos de atención médica requeridos. (OMS, 2023)

Finalmente, en cuanto a la identificación del problema o aceptación, uno de los revisores resaltó la importancia de abordar el abuso familiar, reconociendo sus repercusiones devastadoras. Prioriza el autocuidado y el manejo emocional a través de la terapia para lograr bienestar. Incluso se habla de cuánto más evitativo y dependiente sea el estilo de afrontamiento de una persona, más difícil le resultará resolver los problemas. Para abordar esta dificultad, es fundamental que la persona

CAPÍTULO I

Historias de Resiliencia: Experiencias de Depresión en el Adulto Mayor de Cuenca

aprenda a resistir la tentación de responder impulsivamente, y en su lugar, se prepare para ser persistente y no desistir fácilmente. Si tras esforzarse no logra encontrar una solución, debe estar abierta a aceptar el problema como algo inamovible y buscar una perspectiva diferente, o bien pedir ayuda. Además, es clave que desarrolle habilidades como reconocer los problemas a tiempo, ver los problemas como algo normal en la vida, hacer atribuciones causales correctas, y valorar los problemas como desafíos y oportunidades en lugar de solo amenazas, de modo que pueda adoptar un estilo de afrontamiento más flexible y adaptativo (Bados y García, 2014).

Tabla 4.

Triangulación metodológica de las percepciones de un paciente con depresión siendo Adulto Mayor.

Triangulación metodológica		
Categoría: Depresión en el adulto mayor		
Subcategoría	Resultados	Interpretación
	Instrumento 1	Instrumento 2
Dificultad que presentan los pacientes	Si, especialmente en los últimos años, la ausencia de mi familia, sobre todo, ha sido notable. No los he visto en aproximadamente un año. La falta de su apoyo ha sido especialmente difícil de sobrellevar. Siendo sincera, siento que mi familia no ha desempeñado un papel significativo en mi proceso de sanación. Ha sido difícil de sobrellevar. He sufrido abuso por parte de mi familia. Cuando mis hijos comenzaron a ignorarme y	Descuidé por completo mi higiene personal y llegué al punto de evitar salir de casa, algo que en el pasado nunca habría imaginado hacer. Los adultos mayores han sido tradicionalmente vistos como personas frágiles que requieren protección y asistencia, especialmente dentro de sus familias. Sin embargo, lamentablemente algunos ancianos sufren rechazo e incluso maltrato físico, psicológico, social, descuido y abandono por parte de sus propios familiares, lo cual se ha convertido en un problema grave en nuestra sociedad. Si bien en las culturas primitivas el conocimiento y la

dejaron de ayudar en cosas básicas.

sabiduría de los ancianos eran motivo de orgullo y respeto, en el pasado la longevidad era considerada una recompensa divina. Actualmente, el abandono y el maltrato del adulto mayor se han profundizado con el tiempo, lo cual contrasta con la imagen tradicional del anciano como fuente de sabiduría y merecedor de cuidado y protección en el seno familiar.(Carrillo et al., 2016)

Afección física
y mental

Esto tuvo un gran impacto en mi salud mental y física. Fue como un bálsamo en medio de la soledad y la angustia que he experimentado. Sufrir abuso tanto psicológico como físico. La situación se tornó aún más dolorosa. Este tipo de comportamientos ha dejado una profunda cicatriz emocional en mí, haciéndome sentir desamparado y traicionado por aquellos a quienes amaba y esperaba recibir apoyo. La sensación de haber sido herida por las personas más cercanas a mí es abrumadora. Creo que cuando me jubile, pues de un día para otro dejé de hacer cosas que me gustaban, deje de sembrar y cocinar para las personas. Experimenté la pérdida de apetito,

Sí, especialmente en los últimos años, la ausencia de mi familia, sobre todo de mis hijos, ha sido notable. No los he visto en aproximadamente un año, lo cual ha tenido un gran impacto en mi salud mental y física. La falta de su apoyo ha sido especialmente difícil de sobrellevar. Sinceramente, he sido víctima de abuso por parte de mi familia, tanto psicológico como físico. La situación se tornó aún más dolorosa cuando mis propios hijos comenzaron a ignorarme y dejaron de ayudar en cosas básicas. Recuerdo claramente una ocasión en la que uno de mis hijos me golpeó por una situación trivial. Este tipo de comportamiento ha dejado una profunda cicatriz

El mundo está experimentando un acelerado envejecimiento demográfico, con la proyección de que en 2030 una de cada seis personas tendrá 60 años o más. Si bien muchos adultos mayores gozan de buena salud, una proporción significativa enfrenta problemas de salud mental, como depresión y ansiedad, que representan el 10,6% de la discapacidad total en este grupo etario. Los principales factores de riesgo incluyen el aislamiento social, la soledad, el maltrato y abuso (que sufre uno de cada seis ancianos, a menudo por parte de sus cuidadores), las enfermedades crónicas y discapacidades, el duelo y la reducción de ingresos, así como

la fatiga y la incertidumbre. También he tenido varios sentimientos de culpa. Durante largo tiempo me he sentido triste y desanimada. Antes solía cuidar meticulosamente mi apariencia y disfrutaba de salir y socializar con otras personas. Sin embargo, la pérdida de peso y las luchas internas que enfrentaba comenzaron a afectar mi autoestima y mi confianza en mí mismo. El simple acto de levantarme de la cama y arreglarme se volvió abrumador, y prefería refugiarme en mi hogar, lejos de las miradas ajenas. Esta situación fue una clara señal de que algo no estaba bien en mi interior y que necesitaba ayuda emocional en mí, haciéndome sentir desamparado y traicionado por aquellos a quienes amaba y esperaba recibir apoyo. La sensación de haber sido herido por las personas más cercanas a mí es abrumadora y ha dejado secuelas duraderas en mi bienestar emocional. Pues de un día para otro dejé de hacer las cosas que me gustaban y noté más la ausencia de mi familia. Recordé todo lo que había pasado en el pasado y sentí mucho más dolor, cuando perdí totalmente el apetito, dejé de hacer cosas que me gustaban. He experimentado la pérdida de apetito, la fatiga y la incertidumbre, también he sentido fuertes sentimientos de culpa, la discriminación por edad. Ciertos grupos, como los adultos mayores en entornos humanitarios o con condiciones crónicas, corren un riesgo aún mayor, aunque estas afecciones suelen estar infravaloradas e infratratadas. (OMS, 2023).

para recuperar mi bienestar pues creo que lo que me ha ocurrido es resultado de no haber criado bien a mis hijos. La pérdida de peso y las luchas internas que enfrentaba comenzaron a afectar mi autoestima y mi confianza en mí mismo.

Bienestar	<p>Sin embargo, debo reconocer que en los últimos meses mi cuidador ha intentado ocupar ese lugar de apoyo que tanto he necesitado. Sus esfuerzos por brindarme consuelo y comprensión han sido notables, y aunque no reemplazan el apoyo de mi familia, especialmente de mi cuidador. Su presencia y apoyo emocional han sido fundamentales para ayudarme a atravesar momentos difíciles y tomar decisiones más claras y conscientes. Además, siempre trato de priorizarme a mí misma al tomar decisiones. La entrevistada se mostró muy abierta al responder las preguntas e incluso mencionó al final que esta entrevista le ayudó a hablar sobre lo que le estaba pasando con</p>	<p>Debo reconocer que en los últimos meses mi cuidador ha intentado ocupar ese lugar de apoyo que tanto he necesitado. Sus esfuerzos por brindarme consuelo y comprensión han sido notables, y aunque no reemplazan el apoyo de mi familia, han sido un bálsamo en medio de la soledad y la angustia que he experimentado. creo que es crucial abordar con mayor profundidad temas como el abuso familiar. considero que es un tema que a menudo se subestima o se pasa por alto, pero que es de suma importancia. Es fundamental que se reconozca la gravedad de estas experiencias y que se brinde apoyo a quienes las han vivido. Una estrategia que personalmente me ha sido de gran</p>	<p>El envejecimiento de un país es resultado de su progreso, y la vejez puede ser una etapa positiva llena de satisfacciones y calidad de vida, sin discriminación por edad. La tercera edad implica necesidades de salud crecientes debido a cambios fisiológicos en la etapa final de la vida. Para una longevidad satisfactoria, es crucial promover un envejecimiento saludable desde edades tempranas, adoptando hábitos saludables y previniendo enfermedades y discapacidades. El envejecimiento saludable evita una vejez “patológica” y la dependencia, lo que implica una mayor demanda de servicios sociales y de salud. El sector de la</p>
-----------	---	--	---

alguien que no fuera ni su ayuda es buscar apoyo, salud enfrenta desafíos terapeuta ni su cuidador. Como especialmente de mi cuidador. Su significativos para garantizar una estudiante de psicología clínica, presencia y apoyo emocional han calidad de vida en la vejez, me alegra mucho escuchar esto, sido fundamentales para considerando que el aumento de ya que siento que poco a poco ayudarme a atravesar momentos la esperanza de vida refleja el estoy mejorando como persona y difíciles y tomar decisiones más desarrollo social de una nación. avanzando para convertirme en claras y conscientes. Reconozco la Es fundamental establecer metas una buena psicóloga en el futuro. importancia de cuidar de mi para prolongar la esperanza de Utilizar la entrevista como una propia salud y bienestar, lo cual vida con salud y calidad de vida, técnica de investigación es de gran incluye considerar mis priorizando el bienestar de las ayuda, especialmente para una necesidades y deseos en el proceso personas mayores. (Reinante, investigación cualitativa. de toma de decisiones. Hace 2017)

apenas dos meses comencé a aprender a controlar estos estados de ánimo fluctuantes a través de la terapia. Este ha sido un gran avance en mi camino hacia el bienestar emocional. Aprender a manejar mis emociones me ha brindado herramientas poderosas

para enfrentar los desafíos que surgen en mi vida.

Secuelas

Y ha dejado secuelas duraderas en mi bienestar emocional

El maltrato a los adultos mayores tiene graves consecuencias tanto físicas como psicológicas. Los estudios han demostrado que puede causar lesiones, incapacidades permanentes y el agravamiento de enfermedades. A nivel psicológico, genera ansiedad, soledad, pérdida de la dignidad, la confianza y la esperanza. Solo en Estados Unidos, los gastos médicos anuales por las lesiones causadas por agresiones a personas mayores alcanzan los \$5,300 millones. En resumen, el maltrato al adulto mayor no solo tiene un alto costo humano, sino también un significativo impacto

		económico debido a los altos costos de atención médica requeridos. (OMS, 2023)
Identificación del problema o aceptación	Ahora que lo reflexiono, creo que es crucial abordar con mayor profundidad temas como el abuso familiar. Como alguien que ha sufrido en carne propia el abuso por parte de mis propios hijos, considero que es un tema que a menudo se subestima o se pasa por alto, pero que es de suma importancia. La realidad es que el abuso familiar, ya sea físico o emocional, puede tener repercusiones devastadoras en la vida de las personas, dejando cicatrices emocionales profundas y duraderas. Es fundamental que se reconozca la gravedad de estas experiencias y que se brinde apoyo	Cuanto más evitativo y dependiente sea el estilo de afrontamiento de una persona, más difícil le resultará resolver los problemas. Para abordar esta dificultad, es fundamental que la persona aprenda a resistir la tentación de responder impulsivamente, y en su lugar, se prepare para ser persistente y no desistir fácilmente. Si tras esforzarse no logra encontrar una solución, debe estar abierta a aceptar el problema como algo inamovible y buscar una perspectiva diferente, o bien pedir ayuda. Además, es clave que desarrolle habilidades como

a quienes las han vivido. Siempre trato de priorizar a mí misma al tomar decisiones. Reconozco la importancia de cuidar de mi propia salud y bienestar, lo cual incluye considerar mis necesidades y deseos en el proceso de toma de decisiones. Hace apenas dos meses comencé a aprender a controlar estos estados de ánimo fluctuantes a través de la terapia. Este ha sido un gran avance en mi camino hacia el bienestar emocional. Aprender a manejar mis emociones me ha brindado herramientas poderosas para enfrentar los desafíos que surgen en mi vida.

reconocer los problemas a tiempo, ver los problemas como algo normal en la vida, hacer atribuciones causales correctas, y valorar los problemas como desafíos y oportunidades en lugar de solo amenazas, de modo que pueda adoptar un estilo de afrontamiento más flexible y adaptativo (Bados y García, 2014).

Discusión

Las dificultades que presentan los adultos mayores que sufren depresión son importantes indicadores del trabajo que debemos poner en ellos, Rodríguez et al. (2022) señalan que algunos de los síntomas son la ansiedad, alteraciones en el sueño, anorexia, distimia, sentimientos de culpa, sentimiento de soledad, etc. Estas son complicaciones van de la mano con las experiencias que nuestra paciente ha sufrido estos últimos años, Guevara et al. (2019) agrega algunas otras dificultades que un paciente con depresión siendo adulto mayor puede presentar como la dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza que afectan directamente al paciente y de una manera muy abrupta. Pero las dificultades que presentan los pacientes no son íntimamente internos sino también ambientales, como el hecho de que muchos pacientes tienen una autopercepción negativa acerca de sí mismos, la soledad y la fragilidad, es por eso que existen distintas estrategias para abordar estos casos de la mejor manera. (Molés, 2019)

Hablando acerca de las afecciones físicas y mentales que sufren los adultos mayores que sufren de presión Zambrano y Estrada (2022) en la revista Polo de conocimiento señalan algunas afecciones que pueden padecer este tipo de población en el Ecuador como la demencia, enfermedades crónicas y la misma depresión. Otras de las afecciones se relacionan con el deterioro cognitivo, la ansiedad y un bajo índice de calidad de vida, hechos que no hacen más que recalcar el hecho de que es una población de riesgo y hay que encontrar estrategias pronto. (Olivares et al., 2020). En la misma línea, Palma-Ayllón y Escarbajal-Arrieta (2021) señalan que una afección importante y que no es tomada muy en cuenta es la soledad, puesto que es vista como una experiencia negativa debido a la carencia emocional, debido a relaciones sociales insuficientes o falta de apoyo emocional.

Por otro lado, al hablar de Bienestar los autores Olaya et al. (2023) señalan que la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores es multicausal. Factores positivos incluyen la independencia para actividades diarias, apoyo social, alto grado académico, ingresos económicos, bienestar espiritual y acceso a servicios de salud. La ausencia de estos factores, junto con fragilidad, sedentarismo, comorbilidad, dolor constante y enfermedades crónicas, afecta negativamente la salud de los adultos mayores. Por otro lado, Vergel et al. (2021) comentan que el bienestar que experimenta un adulto mayor se ve muy influenciado por su entorno social y promueven el pensamiento positivo para que, conforme pasen los años, se puedan establecer objetivos e ideas claras acerca de la vejez. Ruiz-Domínguez y Blanco-Gonzales (2020) hablan acerca del que el bienestar de los adultos mayores se podría utilizar técnicas cognitivas de manera individual, claramente con ayuda psicoterapéutica y se plantean algunas técnicas para abordar a cada uno de los pacientes como: autoafirmación, ensayo cognitivo o estrategias de afrontamiento.

En cuanto a las secuelas que puede experimentar un adulto mayor que sufrió de abuso Santa-Cruz et al. (2022) habla acerca de cómo puede haber secuelas en adulto mayor no solamente por haber sufrido violencia sino más bien que al haber un aumento considerable de la población adulta mayor en todo el mundo trae consigo una serie de secuelas. Se prevé que para 2050, esta población se habrá duplicado, pasando del 12 % al 22 %. Estas secuelas del envejecimiento se manifiestan en diversos aspectos. Biológicamente, hay una disminución en la capacidad de regeneración celular, lo que afecta la funcionalidad de los órganos. Físicamente, se observa una pérdida de fuerza y movilidad, aumentando la dependencia y el riesgo de caídas. Psicológicamente, pueden surgir trastornos como la depresión y la ansiedad debido a la pérdida de autonomía y el aislamiento social. Socialmente, el envejecimiento puede llevar a la marginación y a la falta de apoyo adecuado. Enfrentar estas

secuelas requiere un enfoque integral que promueva un envejecimiento saludable, con políticas públicas que fomenten la actividad física, el bienestar mental y el apoyo social para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Por otro lado, Morales (2022) señala que el proceso de envejecimiento a menudo implica diversas vulnerabilidades emocionales, psicológicas y sociales. Para facilitar este proceso y mitigar los síntomas de los trastornos del estado de ánimo, es esencial considerar alternativas que empoderen a los adultos mayores para gestionar su propia vida. La flexibilidad y la aceptación de experiencias pasadas también son fundamentales para reducir la evasión emocional. Un estudio realizado en 2013 examinó la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en adultos mayores, específicamente en veteranos mayores de 65 años con depresión. De un total de 746 pacientes, participaron 76. Los resultados mostraron una reducción significativa de la depresión y una mejora en el bienestar social.

Conclusiones

Uno de los hallazgos más significativos de la investigación es la prevalencia de la depresión en el adulto mayor, una afección médica grave que a menudo se pasa por alto debido a prejuicios y creencias erróneas. Esta falta de atención ha llevado a una escasez de soluciones claras para abordar este problema, que afecta a una parte considerable de la población, específicamente en Ecuador. La depresión en los adultos mayores puede ser causada por una variedad de factores. Entre ellos se incluyen la violencia de cualquier índole, el abandono, la falta de escucha, y experiencias traumáticas o negativas. Estos factores contribuyen significativamente al desarrollo de este trastorno en esta población vulnerable.

En cuanto al modelo teórico, la investigación realizada nos permite concluir que existen dos enfoques predominantes: uno negativo y otro

positivo. Por un lado, el enfoque negativo señala que los pacientes con depresión experimentan importantes dificultades en términos de su autonomía personal. Asimismo, tienden a aislarse y dejar de establecer relaciones sociales debido al abandono y la falta de apoyo que sufren. Además, presentan fuertes secuelas producto de abusos y experiencias traumáticas del pasado, ya sea de índole física, emocional o de otra naturaleza. Inevitablemente, esto se traduce en graves afecciones tanto a nivel físico como psicológico. En contraposición, el enfoque positivo rescata los aspectos favorables observados en la muestra estudiada. Este modelo teórico subraya la importancia de que las personas que padecen este trastorno logren desarrollar una motivación genuina para cambiar y mejorar su estilo de vida. Ser conscientes de su problema no hace más que facilitar el proceso terapéutico y el logro de un mayor bienestar. Con el apoyo y la atención necesarios, estas personas pueden llegar a experimentar un cambio positivo y significativo en sus vidas.

Como recomendaciones, se sugiere prestar mucha más atención y prioridad a este grupo etario en particular. A pesar de haber vivido largo tiempo, es necesario comprender y atender a lo que realmente padecen los adultos mayores. Por lo tanto, es imperativo que se tomen acciones concretas al respecto. En cuanto a aplicaciones prácticas, se recomienda la creación de centros de apoyo especializados en la atención de adultos mayores que sufren de depresión. Esto debe ir acompañado de campañas de concientización y cuidado integral de este sector de la población. Asimismo, se debe incentivar a diferentes entidades y organizaciones a que se comprometan con brindar acompañamiento y soporte a estas personas. De esta manera, los adultos mayores podrán sentirse verdaderamente acompañados, escuchados y atendidos en sus necesidades. Es crucial que se implementen estos tipos de iniciativas y programas dirigidos específicamente a la población adulta mayor que padece de depresión.

En lo que respecta a las limitaciones surgidas durante la investigación, resulta evidente que el tamaño del grupo de muestra es considerablemente reducido para llevar a cabo una investigación significativamente relevante. Por otro lado, también es notable la escasez de investigaciones y artículos que abordan el tema de la depresión en adultos en Ecuador, y mucho menos en Cuenca. Para futuras investigaciones sobre las experiencias de la depresión en el adulto mayor, se sugiere un enfoque más profundo y comprometido con este tema crucial. Es esencial que se amplíe el interés en comprender las dificultades de este trastorno en la población de edad avanzada, considerando no solo el presente, sino también las generaciones futuras. Además, se recomienda abordar aspectos como la influencia de la cultura, el contexto social y otros factores relevantes que pueden incidir en la manifestación y el tratamiento de la depresión en los adultos mayores. Estas investigaciones más abarcadoras y contextualizadas permitirán una comprensión más completa y una intervención más efectiva en beneficio de esta importante parte de la población.

En síntesis, la depresión en el adulto mayor es un problema que merece una mayor atención por nuestra parte. Sus causas pueden variar desde la falta de compañía hasta situaciones de violencia, condiciones médicas, entre otros factores. Es nuestra responsabilidad contribuir de alguna manera al bienestar de los adultos mayores. Es fundamental destacar la importancia de brindar apoyo a quienes sufren este trastorno, ya que este respaldo puede ser clave para su recuperación y su proceso de mejora junto con el tratamiento y el acompañamiento adecuados.

Por otro lado, es relevante subrayar que existen diversas medidas que pueden implementarse desde ahora para reducir la prevalencia de este trastorno y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores afectados.

Referencias

Alvarado, G. (2008). Características más relevantes del paradigma socio-crítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el doctorado de educación del instituto pedagógico de Caracas. *Revista Universitaria de Investigación*, 2. <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011837011.pdf>

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders](5th ed.). <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-depresion/tipos-depresion>

Asamblea Constituyente del Ecuador. (2008). Capítulo III. Constitución del Ecuador (2008) (acnur.org) <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6716.pdf>

Bardos, A., & García E. (2014). Resolución de Problemas. *Revista de la Universidad de Barcelona*, 1-34. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%C3%B3n%20problemas.pdf>

Bastidas-Bilbao, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: Características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología*, 32(2), 191-218. <https://doi.org/10.18800/psico.201402.001>

Carrillo, A., Gómez, G., & Torrijos, O. (2016). ¿Cuáles son las causas de abandono familiar de los adultos mayores que se encuentran recluidos en el centro San Pedro Claver en la ciudad de Bogotá? *Universidad la Gran Colombia*, 1-66. https://repository.ugc.edu.co/bitstream/handle/11396/4462/Causas_abandono_adultos_mayores.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chávez, M., Amemiya, I., Suguimoto, S., Arroyo, R., Zeladita-Huamán, J., & Castillo, H. (2022). Depresión en adultos mayores en el Perú:

distribución geoespacial y factores asociados según ENDES 2018 - 2020. *Anales de la Facultad de Medicina*, 83(3), 1-11. <https://doi.org/10.15381/anales.v83i3.23375>

Durán-Badillo, T. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbana marginal. *Enfermería Universitaria*. 10(2). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000200002

Flores-Fernández, K. T., Gálvez-Burgos, K. G., Valverde-Bolaños, E., & Caicedo-Cuero, M. (2021). Ansiedad y depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 26(5), 1765-1774. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.33132020>

Gálvez Olivares, Marcela, Aravena Monsálvez, Cristopher, Aranda Pincheira, Hernán, Ávalos Fredes, Carolina, & López-Alegría, Fanny. (2020). Salud mental y calidad de vida en adultos mayores: revisión sistémica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(4), 384-399. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000400384>

Gobierno del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial No. 449. https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf

González Celis, A. L., Armas Padilla, M. C. (2009). Depresión en adultos mayores institucionalizados. *Ciencias Psicológicas*, 3(2), 141-148. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3021586.pdf>

Hernández Vergel, V, Solano Pinto, N y Ramírez Leal, P. (2021). Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. *Revista Venezolana de Gerencia*.

Lizárraga, K. J. (2006). *Envejecimiento de la población y demanda de servicios de salud*. En J. G. García (Ed.), *La depresión en adultos*

mayores: Un problema de salud pública. Editorial Médica Panamericana.
repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/431e4d95-46d9-4de6-a0a6-d41b1cb7d0b9/content

Lliguisupa, V., Álvarez, R., Bermejo-Cayamcela, D., Ulloa-Castro, A., & Estrada-Cherresiveles, J. (2020). Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Revista Ciencia Pedagógicas e Innovación*.
<https://incyt.upse.edu.ec/pedagogia/revistas/index.php/rcpi/article/view/310/436>

Lluiguisupa, J. (2020). Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Revista Ciencia Pedagógicas e Innovación*,
<https://incyt.upse.edu.ec/pedagogia/revistas/index.php/rcpi/article/view/310/436>

Luengo, M. Á., Carrasco, M. Á., Otero, J. M., & González, M. P. (1999). Factores de riesgo en la violencia escolar: Un estudio empírico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52(2), 225-246.
repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/431e4d95-46d9-4de6-a0a6-d41b1cb7d0b9/content

Mlaki, E. M., Rugarabamu, P. G., & Kajula, L. J. (2021). Prevalencia de la depresión en adultos mayores en Tanzania. *Revista de Salud Pública*, 23(4), e962. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria - PMC. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria - PMC (nih.gov)

Molés Julio, María Pilar, Esteve Clavero, Aurora, Lucas Miralles, María Vicenta, & Folch Ayora, Ana. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*, 18(55), 58-82. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>

CAPÍTULO I

Historias de Resiliencia: Experiencias de Depresión en el Adulto Mayor de Cuenca

Morales, A. S. (2022). Terapia de aceptación y compromiso (act) en adultos mayores con sintomatología de trastornos del estado de ánimo. *Revista de investigación de ciencias de la salud*, 5(2), 9-16. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/242-Texto%20del%20art%C3%ADculo-899-1-10-20230303.pdf>

National Institute of Mental Health [NIMH]. (2023). Depresión. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>

Olaya Rúa, Leidy Carolina, Sánchez, Verónica Córdoba, Velilla Jiménez, Lina Marcela, & Hernández Calle, Jonathan Andrés. (2022). Síntomas de depresión y calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores: una revisión. *Psicología desde el Caribe*, 39(3), 158-194. <https://doi.org/10.14482/psdc.39.3.616.125>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (20 de octubre de 2016). Maltrato a las personas mayores. 1-8. https://www.un.org/es/events/elderabuse/assets/pdf/Elder_abuse_infographic_ES.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS] (20 de octubre de 2023). Salud mental de los adultos mayores. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

Organización Mundial de la Salud. (s/f). Depression. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwoa2xBhACEiwA1sb1BJALjg298JwwYLLsaQauh8Q6iY5v-Pu8FGD7rkXkvRVJYj35U-Kt0hoCWLoQAvD_BwE

Palma-Ayllón, Elena, & Escarabajal-Arrieta, María Dolores. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>

Parada Muñoz, K., Guapisaca Juca, J. F., & Bueno Pacheco, G. A. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 77–93. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>

Rodríguez-Vargas, Malvin, Pérez-Sánchez, Lisandra, Marrero-Pérez, Yanela, Rodríguez-Ricardo, Annalié, Pérez-Solís, Dayana, & Peña-Castillo, Yuliet. (2022). Depresión en la tercera edad. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 26. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100024&lng=es&tlng=es.

Ruiz-Domínguez, L.-C., & Blanco-González, L. (2020). Bienestar psicológico y medios de intervención cognitiva en el adulto mayor. *AVFT – Archivos Venezolanos De Farmacología Y Terapéutica*, 38(5). Retrieved from http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/17428

Santa-Cruz-Espinoza, Henry, Saona-Carril, Kimberlyn Lili, & Jara-Barrena, Mónica Michelle. (2022). Relación entre síntomas psicopatológicos y funcionamiento familiar en adultos mayores víctimas de violencia familiar. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000100005&lng=es&tlng=es.

Sarah J. Tracy (2021). Hacia una conceptualización de la educación musical crítica. Aplicación de los paradigmas científicos, las teorías curriculares y los modelos didácticos. *Márgenes Revista de Educación de la Universidad de Málaga*, 2(2), 3–24. <https://doi.org/10.24310/mgnmar.v2i2.10016>

Stepko, B. (2022). Esto es lo que sientes cuando tienes depresión. *AARP*. <https://www.aarp.org/espanol/salud/enfermedades-y-tratamientos/info-2022/como-se-siente-tener-depresion.html>

CAPÍTULO I

Historias de Resiliencia: Experiencias de Depresión en el Adulto Mayor de Cuenca

Stepko, M. (2022). Experiencias de la depresión en adultos mayores. *Revista de Gerontología y Geriatria*, 10(2), 100-115. Testimonio de personas que viven con depresión. [Testimonio de personas que viven con depresión \(aarp.org\)](#)

Vacacela, J., & Espinoza, L. (2013). Prevalencia de depresión en el adulto mayor que asiste al Centro Municipal, Gerontológico, 2013. <https://revistas.uees.edu.ec/index.php/IRR/article/view/39/39>

Villafuerte Reinante, J., Alonso Abatt, Y., Alonso Vila, Y., Alcaide Guardado, Y., Leyva Betancourt, I., & Arteaga Cuéllar, Y. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *MediSur*, 15(1), 85-92. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100012&lng=es&tlng=es.

Zmabrano - Calozuma, P., Estrada-Cherre, J. (2020). Salud mental en el adulto mayor. *Polo de conocimiento*, 5(02), 3-21. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-SaludMentalEnElAdultoMayor-7435297.pdf>

Anexo A. Entrevista sobre la experiencia de la depresión en el adulto mayor.

Datos socio-demográficos

Edad: 65 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Viuda

Instrucción: Tercer nivel

Actualmente vive con: su cuidador

Entrevista (Depresión adulto mayor)

1. ¿En algún momento de su vida ha sentido que la ausencia de su familia ha afectado su salud mental y emocional?
2. ¿Qué papel piensa que ha jugado las redes de apoyo como la familia, los amigos y los grupos de ayuda en tu recuperación?
3. ¿Cuáles son sus experiencias relacionadas con el maltrato por parte de su familia o por su cuidador?
4. ¿Cuáles son sus creencias sobre las medidas que se deben establecer para prevenir el maltrato a los adultos mayores?
5. ¿Cuándo comenzó a notar un cambio en su estado de ánimo y cómo se manifestó?
6. ¿Qué síntomas de depresión ha experimentado?
7. ¿Cuáles cree que son las estrategias para tomar decisiones en momentos de depresión?
8. ¿En su vida ha experimentado cambios en su estado de ánimo y que ha realizado para poder controlarlos?
9. ¿Cuándo sintió cambios significativos en su vida diaria por tener depresión?

CAPÍTULO II

VARIABLES PSICOLÓGICAS EN LA PERCEPCIÓN MATERNA DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN CUENCA: UN ANÁLISIS PROFUNDO

María Belén Coronel Narváez
Universidad Politécnica Salesiana
<https://orcid.org/0000-0002-3297-7030>
mcoroneln@est.ups.edu.ec
Cuenca, Ecuador.

Ana Karina Loja Villazhiñay
Carrera de Psicología Clínica
Universidad Politécnica Salesiana
<https://orcid.org/0009-0008-4200-7098>
aloja@ups.edu.ec
Cuenca, Ecuador.

Pedro Andres Muñoz Arteaga
Grupo de investigación en Psicología (GIPSI-SIB)
Universidad Politécnica Salesiana
<https://orcid.org/0009-0006-6513-9654>
pmunoza@ups.edu.ec
Cuenca, Ecuador

Resumen

Introducción: La desnutrición es una condición resultante de una dieta insuficiente o mal equilibrada, que llevan escasos nutrientes esenciales para desarrollar crecimiento y rendimiento saludable del cuerpo. **Objetivo:** Observar las percepciones de las madres sobre la mal nutrición en infantes en el periodo del 2024, con el propósito de saber las causas, las consecuencias y diferentes formas de prevención. **Metodología:** Estudio cualitativo con base a la aplicación de una encuesta a una madre, con la aplicación de 9 preguntas elaboradas, quien nos colaboró con información necesaria para la investigación. **Resultado:** La elaboración de una red semántica demuestra que afecta la autoestima y genera bajo rendimiento en infantes que presentan desnutrición. **Conclusión:** La mala alimentación en personas de bajos recursos conlleva que muchas madres consideren correcta hasta cierto punto la alimentación inadecuada de los infantes, sin considerar las consecuencias perjudiciales en el desarrollo mental y emocional.

Palabra clave: psicología, Materna, Desnutrición Infantil

Psychological Variables in Maternal Perceptions of Childhood Malnutrition in Cuenca: An In-Depth Analysis

Abstract

Introduction: Malnutrition is a condition resulting from an insufficient or poorly balanced diet, which carries scarce essential nutrients to develop healthy growth and performance of the body. **Objective:** To observe mothers' perceptions about malnutrition in infants in the period 2024, with the purpose of knowing the causes, consequences and different ways of prevention. **Methodology:** Qualitative study based on the application of a survey to a mother, with the application of 9 elaborated questions who collaborated with the necessary information for the investigation. **Result:** The elaboration of a semantic network shows that it affects self-esteem and generates low performance in infants who present malnutrition. **Conclusion:** Poor nutrition in low-income people leads many mothers to consider that inadequate nutrition of infants is correct to a certain extent, without considering the harmful consequences on mental and emotional development.

Keyword: psychology, Maternal, Infant Malnutrition

Introducción

La malnutrición en la infancia es un conjunto de trastornos causados por la deficiente ingesta de macro y micronutrientes, que afecta el desarrollo integral de los niños y niñas (Araujo, 2009). Por ello, debemos tener en cuenta que la desnutrición puede derivar en desnutrición primaria, cuando los alimentos necesarios no pueden ser aportados por la situación económica, cultural o educativa, así como también tenemos la desnutrición secundaria, que se presenta cuando los aportes nutricionales son adecuados, pero, debido a otras enfermedades como la mala absorción o la utilización de estos alimentos no es adecuada (Araujo, 2009).

Asimismo, tenemos la desnutrición crónica o marasmo, esta se presenta cuando la desnutrición persiste durante un período prolongado, y se presenta en muchos casos, se puede dar desde la primera infancia afectando así el desarrollo corporal y el desarrollo cerebral del niño, con consecuencias irreversibles y también tenemos a la desnutrición aguda, la cual se caracteriza por una pérdida rápida de peso y talla en un corto período de tiempo, la cual se puede dar por lo general debido a enfermedades o a una mala alimentación y que puede llevar a la muerte del menor si no es tratado a tiempo (Waitzberg et al., 2010).

A todo esto, se considera importante estudiar acerca de la desnutrición infantil porque influye significativamente en el desarrollo corporal y mental. Este problema puede afectar negativamente en el crecimiento y a nivel cognitivo del infante, provocando consecuencias duraderas en su salud y bienestar. La mal nutrición en los niños es uno de los conflictos de salud pública que impacta a millones de niños en el mundo, especialmente en los países en desarrollo. La desnutrición puede perpetuar el ciclo de pobreza, ya que los niños desnutridos tienen más probabilidades de tener un rendimiento escolar deficiente, lo que a su vez

puede limitar sus oportunidades de obtener un empleo decente en el futuro (Ortiz-Andrellucchi et al., 2006).

En cuanto a la desnutrición ubicándonos en América Latina y Caribe es un problema complejo, pero varía entre los diferentes países, así como de las regiones, debemos tener en cuenta que en cada región se maneja con una gran diversidad económica, social y cultural. A pesar de los avances económicos y sociales en las últimas décadas, la desnutrición sigue siendo un problema importante en muchos países de la región (CEPAL, 2018).

Cabe agregar que en muchos países ya han implementado programas de servicios de alimentación escolar para una mejor nutrición en los niños, la fortificación de alimentos con vitaminas y minerales es una estrategia efectiva para combatir la desnutrición. También hay que mejorar el acceso a servicios de salud y educación es fundamental para abordar las causas subyacentes de la desnutrición (UNICEF, 2023).

Sin embargo, las principales causas de desnutrición pueden ser provocadas por la pobreza que no permite una adecuada alimentación por la falta de recursos para costear alimentos frescos y variados (Gómez, 2003).

Debido a ello tenemos antecedentes internacionales, nacionales y locales basados en investigaciones alusivas a la desnutrición infantil:

Como antecedentes internacionales tenemos el estudio de Díez et al. (2018), con su artículo titulado “La desnutrición infantil en el mundo: herramientas para su diagnóstico” en el cual nos según la base de datos Dialnet de España, con una investigación de tipo cuantitativa de Evaluación antropométrica, nos presenta los siguientes resultados: La desnutrición crónica severa es identificada en mayor proporción en la región de América Latina, siguiendo la Costa Oeste Africana, y luego África Oriental, y como conclusión con respecto a la desnutrición crónica todas las regiones presentan cifras elevadas, pero América latina y Caribe

la que despunta por encima de todas en ambos sexos y para todos los grupos de edad.

Continuando con los antecedentes tenemos los nacionales y para ello mencionaremos a Rivera, (2021) con su artículo: Panorama de la malnutrición infantil en Manabí y la función de las políticas gubernamentales, publicado en la base de datos de la Universidad Técnica de Manabí, Ecuador (Región Costa), teniendo en cuenta que su investigación es de tipo cuantitativa, en la cual se llevó a cabo revisiones de planes de desarrollo, los resultados más importantes que destacan en la región costa es que existe menos desnutrición en comparación con las otras regiones del país, además nos da conclusiones como el hecho de que la desnutrición afecta los menores que pasan en su primera infancia y se resalta que la prevalencia de bajo peso es causado por enfermedades que provocan diarrea y la falta de lactancia.

De acuerdo con los antecedentes nacionales también tenemos a García, (2020), con su investigación de elementos de riesgo vinculados a la malnutrición infantil, publicado en la Universidad Estatal del Sur de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud en Ecuador- Región Costa, Su estudio nos permitió comprender una población directamente de la que se analizó, en este caso fueron niños de 0 a 3 años de la ciudadela San Gregorio de la ciudad de Portoviejo. Se seleccionaron 50 infantes dentro del rango de edades mencionado. Las metodologías y herramientas se emplearon con el objetivo de recolectar la información y los datos necesarios para alcanzar los objetivos. Esto implicó la movilización, la comunicación efectiva y las preguntas adecuadas hacia los grupos de interés, lo que permitió desarrollar las estrategias para abordar la problemática. Como resultado, esta investigación nos proporciona los siguientes hallazgos, determinando que los principales factores asociados y desencadenantes de la malnutrición infantil son los socioeconómicos, que abarcan desde el bajo nivel educativo hasta los ingresos económicos bajos. Debido a esto, los niños y niñas de esta localidad tienen una alta

probabilidad de padecer desnutrición si no se interviene a tiempo. Es crucial informar a las instituciones pertinentes. En conclusión, se determina que los factores principales asociados y desencadenantes de la desnutrición en infantes de 0 a 3 años en Fuerte San Gregorio de Portoviejo son socioeconómicos, abarcando desde un bajo nivel educativo hasta ingresos menores a \$100, que es inferior a un salario básico unificado. Por lo tanto, los niños y niñas de esta ciudad tienen un alto riesgo de desnutrición si no se tratan a tiempo.

Continuando con las investigaciones nacionales tenemos a Chimborazo y Aguaiza (2023), con su investigación titulada “Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en menores de 5 años en el Ecuador: Una revisión sistemática”, publicada en LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades, Ecuador. Su objetivo de estudio fue una revisión sistemática, llevada a cabo bajo un enfoque cualitativo, con la aplicación de criterios de elegibilidad como el idioma español e inglés y el uso de palabras clave, junto con operadores booleanos. Se consideraron 12 publicaciones obtenidas de fuentes de información científica, obteniendo estos resultados de su investigación luego de analizar los 12 artículos publicados en español entre los años 2018 y 2022. Se constató que los factores relacionados con la desnutrición crónica infantil en Ecuador son de carácter personal, familiar, social, cultural, económico, ambiental y otros aspectos que rodean al niño/a, la madre y el entorno socio-familiar cercano. Como conclusiones, se resume que los principales factores asociados a la desnutrición crónica en menores de 5 años en Ecuador son: el nivel económico, la edad, la identidad cultural y la formación educativa de la madre, el bajo peso del niño/a al nacer, el abandono de la lactancia materna, un esquema de vacunación incompleto, y otros factores.

Mientras que en las investigaciones regionales tenemos a Mogrovejo y Montenegro (2013), con su estudio titulado Prevalencia de malnutrición: se relación con hábitos alimenticios, actividad física y factores asociados

en escolares urbanos de Cuenca, publicado en la Base de datos de la Universidad de Cuenca, en la ciudad de Cuenca Ecuador, su estudio tuvo un enfoque cuantitativo, usando encuestas y, como resultado de esta investigación tenemos que las condiciones socioeconómicas no se encuentra asociada con la malnutrición, y concluyendo la investigación se encuentra y como factor de riesgo de malnutrición se deben a los malos hábitos alimenticios y con la actividad física.

Concluimos con el estudio de Lata et al. (2023), su estudio titulado: La desnutrición y su relación con el coeficiente intelectual entre estudiantes del estado de Sevilla de Oro, Azuay, Ecuador, 2023, publicado en la revista Health, Science & Technology. Su estudio utilizó un análisis observacional transversal con una muestra de 119 niños de 6 a 10 años mediante muestreo aleatorio estratificado. Utilizando los parámetros de peso y altura de la Organización Mundial de la Salud, se determinó el índice de masa corporal en la posición percentil correspondiente. Para evaluar el coeficiente intelectual se aplicó el Test Breve de Inteligencia de Kaufman (K-BIT). Los resultados mostraron que el 7,6% de la población del estudio estaba desnutrida y el 63,9% de ellos tenía un coeficiente intelectual por debajo del promedio. En conclusión, Ecuador es considerado un país con diversos grados de desnutrición en la población, principalmente en el área rural. Las consecuencias de este problema de salud pública a menudo no se reconocen, por lo que se esperaría que la desnutrición estuviera asociada con un coeficiente intelectual más bajo en los escolares; sin embargo, no hubo una asociación estadísticamente significativa entre la desnutrición y un coeficiente intelectual inferior al promedio en esta población. Sin embargo, este estudio nos ayuda a comprender la realidad de las comunidades rurales y por ello es necesario recomendar a las autoridades académicas de las unidades educativas trabajar con los padres de los estudiantes para diseñar estrategias de alimentación y evaluaciones cognitivas.

Los objetivos del presente artículo son conocer las percepciones de las madres sobre la desnutrición de los niños de Cuenca en el periodo 2024, con la finalidad de la generación de una propuesta psicológica para prevenir la desnutrición infantil. Es de vital importancia describir y comprender los puntos de vista de las madres sobre la desnutrición infantil en Cuenca durante el año 2024, con el objetivo de formular una propuesta psicológica para prevenir la desnutrición en los niños.

Metodología

Enfoque

Desde luego, el estudio se centró en métodos cualitativos, los cuales se sumergen en la riqueza de la experiencia humana para comprender la complejidad de la realidad social. A diferencia de los métodos cuantitativos basados en números y estadísticas, este enfoque utiliza palabras, sonidos, dibujos, diagramas e imágenes como herramientas para capturar, crear y probar teorías sobre el mundo que nos rodea (Quevedo & Castaño, 2002).

Paradigma

En el ámbito de la investigación, un paradigma consiste en creencias, suposiciones, reglas y procedimientos que describen el enfoque para la conducción de la ciencia; sirven como principios rectores para la búsqueda del conocimiento. De hecho, los paradigmas evolucionan hasta convertirse en plantillas, modelos o directrices a las que se adhieren los investigadores en un área de estudio específica (Martínez, 2004).

Por lo tanto, se empleó un paradigma socio crítico, el cual enfatiza un compromiso con el cambio social, la equidad y la paridad; el cual incluye métodos de investigación que fomentan la colaboración entre los investigadores y los participantes, como los grupos focales y los círculos culturales (Garnica & González, 2017). Dentro de este paradigma, el desarrollo del conocimiento se considera un viaje estrechamente

vinculado a la dedicación política y social, con el objetivo no solo de crear conocimiento, sino también de inspirar transformaciones concretas en la sociedad (Ruiz, 2016).

Diseño de investigación

Por otra parte, pretendemos emplear un diseño fenomenológico, que tal como lo describe Dodgson (2023), se trata de un enfoque en la metodología de la investigación que profundiza en las experiencias subjetivas de los individuos para comprender sus interpretaciones del entorno circundante. Esta metodología se centra en investigar la naturaleza fundamental de estas experiencias, documentar los puntos de vista personales de los participantes y descubrir las características distintivas de las experiencias humanas, incluidas las emociones y las percepciones (Badil et al., 2023).

Población y muestra

Debido a esto, se aplicó la encuesta a una población de madres con pareja y sin pareja de la ciudad de Cuenca, la cual es una población infinita. La muestra fue de nueve madres mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios, inclusión y exclusión

Entre los criterios de inclusión tenemos a madres mayores de dieciocho años, que conviven con sus hijos y que aceptan colaborar con la entrevista.

Entre los criterios de exclusión tenemos a madres menores de edad, que tengan consumo de sustancias, hijos con discapacidad intelectual y física, y madres que no convivan con sus hijos.

Técnicas e instrumentos

Es por esto que, para comprender y obtener más información de las percepciones de las madres sobre la desnutrición infantil en la ciudad de Cuenca, se empleó un enfoque metodológico cualitativo basado en la

entrevista. La entrevista es una técnica de investigación en la cual hay una interacción directa entre el entrevistado y el entrevistador, en el cual su objetivo es obtener información y opiniones detalladas sobre (Medina et al., 2023). Esta técnica permitió recopilar información detallada y profunda, con la finalidad de conocer las percepciones de las madres sobre la desnutrición infantil de los niños de Cuenca, y con esto generar una propuesta psicológica para prevenir la desnutrición infantil.

Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de las participantes y posteriormente transcritas y analizadas de forma sistemática.

Se empleó una encuesta ad hoc de variables sociodemográficas, como: edad de la madre, estado civil (casada, soltera, divorciada, viuda, unión libre), nivel educativo (ninguno, primaria, secundaria, tercer nivel, cuarto nivel), ocupación de la madre (estudia, trabaja, ama de casa), ingreso familiar mensual, número de hijos, edad de estos y número de personas en el hogar.

Posteriormente, se aplicó un cuestionario de preguntas abiertas sobre las percepciones de las madres sobre la desnutrición infantil en la ciudad de Cuenca, que consto de nueve preguntas relacionadas con las causas (abandono familiar) y consecuencias (discriminación, alteración del estado del ánimo). Para mayor detalle, véase en el anexo A.

El plan de análisis cualitativo se aplicó a las entrevistas realizadas y siguió varios pasos detallados. En la primera fase, se llevó a cabo la codificación de primer nivel. Se realizó una lectura exhaustiva de las transcripciones de las entrevistas, identificando segmentos significativos que representaban ideas, conceptos o temas importantes. Estos segmentos fueron etiquetados con códigos descriptivos que capturaron su esencia. Esta fase inicial fue exploratoria y permitió familiarizarse con los datos, comenzando a identificar patrones emergentes sin imponer una estructura rígida.

Después de completar la codificación de primer nivel, se procedió a la codificación de segundo nivel o axial. En esta fase, se revisaron de manera más profunda y sistemática los códigos iniciales para identificar relaciones entre ellos. Se agruparon códigos similares y se establecieron conexiones que permitieron construir categorías más amplias y comprensivas. La codificación axial integró los datos dispersos en un marco más coherente, facilitando la identificación de temas y subtemas clave. Durante este proceso, se desarrolló una estructura teórica preliminar que explicó los fenómenos observados en las entrevistas.

La siguiente etapa involucró la construcción de redes semánticas. Se crearon representaciones visuales que mostraron cómo los diferentes códigos y categorías estaban interconectados. Este paso fue crucial para visualizar las relaciones complejas entre los temas y subtemas identificados. Al construir una red semántica, se detectaron patrones y estructuras subyacentes en los datos, facilitando una comprensión más holística y detallada del fenómeno estudiado. Estas redes ayudaron a organizar los datos y a comunicar los hallazgos de manera clara y efectiva.

Finalmente, se llevó a cabo la triangulación para asegurar la validez y confiabilidad del análisis cualitativo. Se utilizaron múltiples fuentes de datos, métodos, investigadores o teorías para corroborar los hallazgos. Al comparar y contrastar diferentes perspectivas, se identificaron posibles sesgos y se aseguraron conclusiones robustas y bien fundamentadas. La triangulación aportó una capa adicional de rigor al análisis, aumentando la credibilidad y la profundidad de los resultados.

En síntesis, el plan de análisis cualitativo aplicado a las entrevistas incluyó la codificación de primer nivel para identificar segmentos significativos, la codificación de segundo nivel o axial para establecer relaciones y construir categorías, la creación de redes semánticas para visualizar y entender estas relaciones, y la triangulación para garantizar la validez y confiabilidad de los hallazgos. Este enfoque estructurado y

riguroso permitió una comprensión profunda y detallada de los fenómenos cualitativos, proporcionando una base sólida para la interpretación y presentación de los resultados.

Resultados

Tabla 1.

Codificación de primer nivel en experiencias de madres con hijos con desnutrición infantil

CODIFICACIÓN DE PRIMER NIVEL			Total de Marcas de Color	
Categoría	Subcategorías	Códigos	n	%
Desnutrición	Inseguridad	(ISD)	1	1,9
	Tristeza	(TRT)	1	1,9
	Déficit de atención	(DFA)	1	1,9
	Bajo rendimiento	(BJR)	2	3,8
	Bullying	(BYG)	6	11,5
	Cansancio	(CSC)	1	1,9
	Malestar Físico	(MLF)	1	1,9
	Agotamiento	(AGO)	2	3,8
	Dismorfia corporal	(DFC)	4	7,7
	Depresión	(DSP)	1	1,9
	Exclusión social	(ES)	3	5,8
	Bajo autoestima	(BAT)	1	1,9
	Psicoeducación	(PSE)	1	1,9
	Intervención médica	(ITM)	1	1,9
	Atención	(ANT)	1	1,9
	Intervención psicológica	(ICP)	1	1,9
	Bienestar	(BNT)	3	5,8
	Salud mental	(SDM)	1	1,9
	Educación	(EDC)	2	3,8

Empatía	(EPT)	1	1,9
Apoyo	(APY)	1	1,9
Aceptación social	(APS)	1	1,9
Autoestima	(ATM)	6	11,5
		43	100

La tabla mostró una codificación de primer nivel de las subcategorías relacionadas con la desnutrición, indicando que se mencionó una vez la inseguridad, que representa el 1,9% del total, junto con la tristeza y el déficit de atención. El bajo rendimiento apareció dos veces, alcanzando el 3,8%, mientras que el acoso escolar fue la subcategoría más común con seis menciones, representando el 11,5%. Se registró un 1,9% de cansancio y un 1,9 % de malestar físico. El agotamiento se mencionó dos veces, alcanzando el 3,8%, y la dismorfia corporal cuatro veces, alcanzando el 7,7%. Se registró una vez la depresión, que representó el 1,9 %, y tres veces la exclusión social, que representó el 5,8 %. La baja autoestima, la psicoeducación, la intervención médica, la atención, la intervención psicológica, la salud mental, la empatía, el apoyo y la aceptación social representaron el 1,9%. El bienestar se registró tres veces, con un 5,8%, mientras que la educación se registró dos veces, con un 3,8%. Finalmente, la autoestima apareció seis veces, lo que representó el 11,5 %, y un total de 43 menciones relacionadas con la desnutrición se distribuyeron en diferentes subcategorías.

Tabla 2.

Densificación en experiencias de madres con hijos con desnutrición infantil

Densificación				
Categoría	Subcategorías	Códigos	Coincidencias	Discordancias
Estándares de Calidad de	Inseguridad	(ISD)	Vi una afectación muy significativa porque mi niño	

Infraestructura (CI)		no se sentía bien con el mismo.
	Tristeza (TRT)	Mi niño no se sentía bien con el mismo.
	Déficit de atención (DFA)	Sí, ya no se concentran muy bien.
	Bajo rendimiento (BJR)	No tendrían un buen desempeño. Ya no se concentran muy bien.
	Bullying (BYG)	No quieren ir a la escuela porque otros niños se burlan de como se ve. Reciben comentarios negativos o burlas por parte de la gente. Burlarse del niño por su físico. Lo excluirían en juegos por su aspecto.
	Cansancio (CSC)	Se sienten cansados.
	Malestar Físico (MLF)	Se sienten muy cansados, con sueño y tienen flacidez muscular.

CAPÍTULO II

Variables Psicológicas en la Percepción Materna de la Desnutrición Infantil en Cuenca:
Un análisis profundo

Agotamiento	(AGO)	Porque se sienten cansados.	No quieren ir a la escuela porque otros niños se burlan de como se ve físicamente.
Dismorfia corporal	(DFC)	Afecta de manera negativa por cómo se ven físicamente. Se sienten deprimidos por cómo se ven físicamente.	Si porque se ven más flaquitos que el resto de niños.
Depresión	(DSP)	Emocionalmente, se sienten deprimidos por cómo se ven físicamente.	
Exclusión social	(ES)	Lo excluirían en juegos por su aspecto y sienten que no tendrían un buen desempeño. Impacta de manera negativa porque los otros niños le pueden excluir al momento de jugar o pueden	No escogerían al niño con desnutrición porque se cansa muy rápido y no podrá jugar bonito.

		burlarse del niño por su físico.
Bajo autoestima	(BAT)	En algunos casos reciben comentarios negativos o burlas por parte de la gente.
Psicoeducación	(PSE)	Sería necesario recibir charlas, talleres, folletos sobre la desnutrición.
Intervención médica	(ITM)	La atención médica es importante para que el niño se ponga bien físicamente y no sienta malestares.
Atención	(ANT)	La atención médica es importante.
Intervención psicológica	(ICP)	El psicólogo nos ayuda a manejar como familia la situación para apoyarnos y comprendernos entre todos y para que el niño no se vea

		afectado en sus emociones o sentimientos, por los comentarios que le hacen otras personas.
Bienestar (BNT)		<p>Para que el niño se ponga bien</p> <p>Para que el niño no se vea afectado en sus emociones o sentimientos, por los comentarios que le hacen otras personas.</p> <p>El niño no estaría triste y estaría sano física y emocionalmente.</p> <p>Para que el niño se ponga físicamente y no sienta malestares. Puede realizar actividades sin ningún malestar al tener una buena alimentación.</p>
Salud mental (SDM)		Las personas no le dirían cosas o se se burlarían de su físico y de esta manera el niño no estaría triste y estaría sano física y emocionalmente.
Educación (EDC)		<p>Recibir charlas, talleres, folletos sobre la desnutrición para mujeres</p> <p>Conoce algunas cosas sobre la desnutrición.</p>

		embarazadas y madres.	Recalca que nos habla desde su experiencia
Empatía	(EPT)	Comprendernos entre todos y para que el niño no se vea afectado en sus emociones o sentimientos.	
Apoyo	(APY)	El psicólogo nos ayuda a manejar como familia la situación para apoyarnos.	
Aceptación social	(APS)	Las personas no le dirían cosas o se burlarían de su físico.	
Autoestima	(ATM)	Sin ningún malestar al tener una buena alimentación, se sentiría bien físicamente.	

La tabla mostraba las coincidencias y discrepancias relacionadas con las subcategorías de desnutrición en relación con los estándares de calidad de infraestructura. Dado que el niño no se sentía bien consigo mismo, se observó que la inseguridad se manifestaba significativamente. El niño también mostraba una sensación de tristeza evidente. Los niños tenían un déficit de atención porque no se concentraban bien, lo que dio

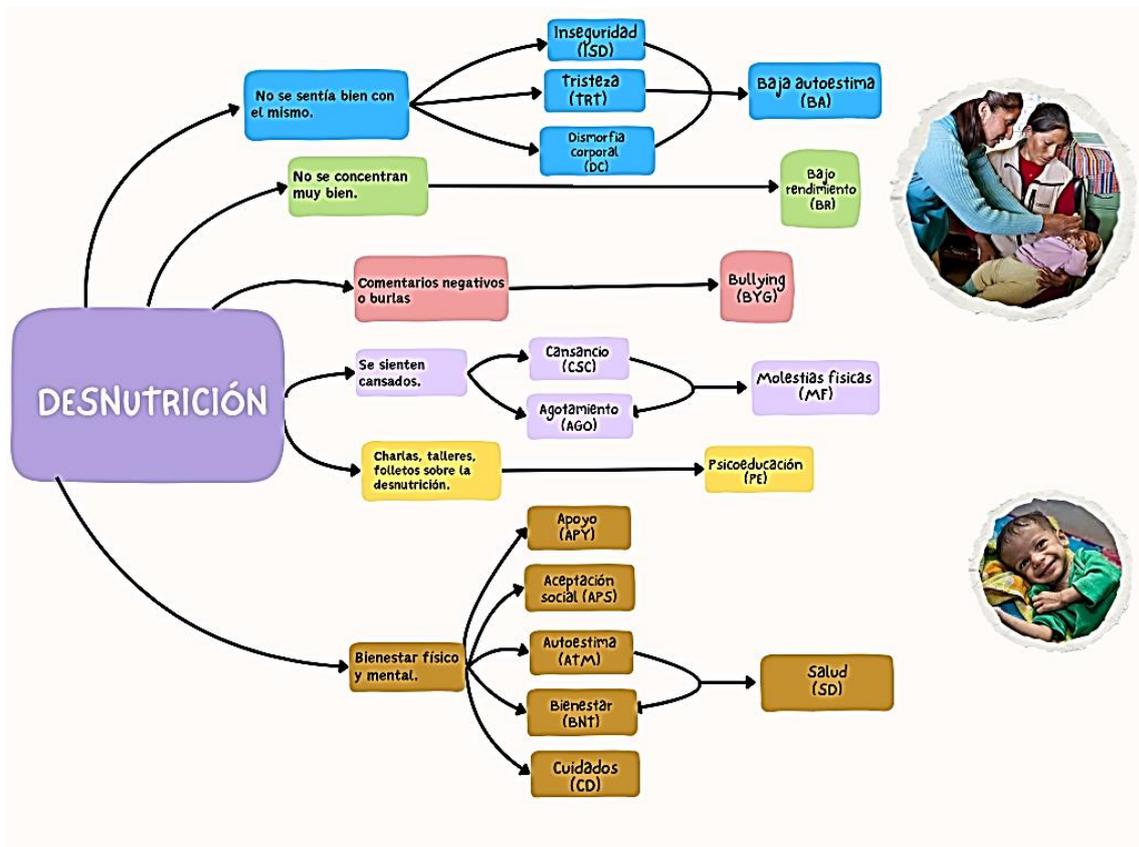
como resultado un bajo rendimiento. Debido a que otros niños se burlaban de su aspecto físico, los niños se excluían de los juegos. El cansancio y la flacidez muscular eran comunes. Los niños se agotaban con frecuencia y se sentían muy agotados, lo que a veces les impedía ir a la escuela debido a las burlas. Los niños experimentaban depresión debido a la dismorfia corporal y la depresión. Debido a la percepción de un bajo desempeño físico, se experimentó exclusión social tanto en juegos como en actividades. Los comentarios negativos de otros causaron una baja autoestima. Para brindar charlas y talleres sobre la desnutrición, era necesaria la psicoeducación. La intervención médica fue crucial para mejorar el estado físico del niño y prevenir malestares. La atención médica, al igual que la intervención psicológica, era considerada crucial porque ayudaban a las familias a manejar las cosas y apoyarse mutuamente para que el niño no se viera afectado emocionalmente. El niño se mantenía saludable, física y emocionalmente, evitando que los comentarios negativos lo afectarían. La salud mental mejoraba al evitar burlas, y la educación sobre desnutrición era crucial. Para que el niño no se viera afectado emocionalmente, la empatía y el apoyo eran esenciales. Evitaba comentarios negativos sobre su apariencia para lograr la aceptación social. Por último, pero no menos importante, el niño se sentía bien físicamente y mejoraba su autoestima con una buena alimentación.

Esta tabla muestra las categorías, subcategorías, códigos, cambios, subcategorías finales y recodificación relacionados con la desnutrición y su impacto en los niños. La inseguridad (ISD) conduce a una baja autoestima (BA) porque el niño se siente mal consigo mismo. La tristeza (TRT) también puede conducir a una baja autoestima (BA). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el bajo rendimiento (BJR) aparecen como bajo rendimiento (BR) porque el niño tiene problemas para prestar atención. El acoso (BYG) sigue siendo acoso (BG) porque los niños no quieren ir a la escuela porque se ríen de su apariencia.

La fatiga (CSC), el malestar (MLF) y el agotamiento (AGO) se clasifican como malestar (MF) porque los niños se sienten cansados y experimentan síntomas como somnolencia y relajación muscular. La dismorfia corporal (CD) y la depresión (PSD) se registraron como baja autoestima (BA) y depresión (PD), respectivamente, cuando los niños se sentían insatisfechos con su apariencia. La exclusión social (SE) y la baja autoestima (BAT) se clasifican como bullying (BG) debido a la exclusión y los comentarios negativos en el juego. La psicoeducación (PSE) sigue siendo psicoeducación (PE) y se requieren conferencias y seminarios sobre desnutrición. La intervención médica (ITM), la enfermería (ANT), la intervención psicológica (ICP), la empatía (EPT), el apoyo (APY) y la aceptación social (APS) se agrupan en cuidados (CD) para gestionar las emociones y sentimientos de los niños. El bienestar (BNT), el bienestar psicológico (SDM) y la autoestima (ATM) se recodificaron en salud (SD), que contribuye a la salud física y mental de los niños. La Educación (EDC) también sigue siendo Psicoeducación (PE), centrándose en conferencias y seminarios sobre la desnutrición.

Tabla 4.

Red semántica en experiencias de madres con hijos con desnutrición infantil



La imagen presenta un estudio conceptual acerca de los efectos de la desnutrición y las posibilidades de tomar medidas para mejorar la situación. La desnutrición ocasionaba inseguridad, tristeza y dismorfia corporal, lo cual conducía a una disminución en la autoestima. Los niños no se concentraban bien y tenían un rendimiento bajo, siendo afectados por comentarios negativos o burlas y bullying. Sentían ansiedad y agotamiento, experimentando patologías físicas. Durante la intervención, se llevaban a cabo charlas, talleres y folletos acerca de la desnutrición, lo cual se traducía en la educación psicológica. Esto, a su vez, brindó respaldo y aceptación social, incrementando la autoestima y el bienestar físico y mental, lo que finalmente mejoraba su bienestar y cuidados generales.

La investigación metodológica llevada a cabo en la categoría de Desarrollo del Lenguaje reveló diversos resultados relevantes. En la subcategoría de Baja Autoestima, los examinadores coincidieron en que los niños no se sentían satisfechos con ellos mismos debido a su apariencia física afectada por la desnutrición, experimentando características como piel firme, seca y poco elástica, pérdida de grasa facial y cabello quebradizo (Bhupathiraju, et al., 2023) Con respecto al bajo rendimiento, ambos revisores señalaron que los niños tenían dificultades para concentrarse, lo cual se consideró como una consecuencia de la falta de alimentación que afecta el desarrollo cerebral (Muñoz, 2020) En cuanto al bullying, se halló que los niños sin dieta eran objeto de críticas y exclusión por parte de sus compañeros debido a su apariencia física, lo cual impactó en su deseo de asistir a la escuela y participar en juegos (Jimbo, 2022) Las patologías físicas incluyeron cansancio extremo y rigidez articular, evidenciando una falta de energía debido a la desnutrición (Cordero, 2014) En la subcategoría de Psicoeducación, se planteó la importancia de talleres y charlas con el fin de prevenir la desnutrición mediante una dieta adecuada (Zabala, et al., 2024) En última instancia, en el ámbito de la salud, se resalta la relevancia del respaldo médico, psicológico y familiar para el bienestar físico y emocional del niño, destacando un enfoque integral para abordar la desnutrición (Ruiz, et al., 2023).

La desnutrición tiene como causa principal una mala alimentación que carece de nutrientes. En ciertas zonas consideradas como hambrunas graves se encuentran en varios lugares afectados alrededor de todo el mundo (Lakshmanasamy, 2023). La prevalencia de la desnutrición está disminuyendo en todo el mundo. Aun así, el mundo alberga alrededor de 155 millones niños con la existencia de retraso del crecimiento y 52 millones de niños con raquitismo. India continúa siendo el mayor contribuyente a la prevalencia global de desnutrición. La mala nutrición

es una de las causas establecidas de morbilidad y la mortalidad entre los niños en todo el mundo (Kummar, et al., 2016).

La salud mental materna, en particular la depresión, desempeña un papel importante a la hora de afectar el crecimiento y el desarrollo de los niños, lo que aumenta el riesgo de infección, malnutrición, problemas de crecimiento y problemas de comportamiento en los niños (Singh, et al., 2021). Los estudios muestran sistemáticamente una fuerte asociación negativa entre los niveles educativos de la madre y la malnutrición infantil, y destacan la importancia de mejorar la educación materna para reducir los riesgos de malnutrición infantil (Khanra, 2021).

La malnutrición en los niños es un problema crítico a nivel mundial, que provoca diversos trastornos físicos. Los niños que sufren malnutrición aguda grave suelen presentar una variedad de afecciones, como diarrea, neumonía, sepsis y anomalías metabólicas, que contribuyen de manera significativa a la mortalidad (Black, 2020). Además, la malnutrición no solo afecta a la salud física, sino que también compromete el desarrollo mental y el funcionamiento del sistema inmunitario, lo que hace hincapié en la importancia del diagnóstico y el tratamiento tempranos para reducir las tasas de morbilidad infantil (Shaoru, et al., 2023).

Conclusión

La salud mental se ve afectada en los niños y las madres de los mismos por motivo de la desnutrición, esto generando problemática en el desarrollo cognitivo y emocional de los mismos. Cada variable que se presentó en esta investigación genera que se profundice para poder conocer los efectos a largo plazo y la manera de prevenciones.

Las madres con recursos económicos bajos tienen mayores probabilidades de tener infantes con déficit en la nutrición, por lo tanto, es de suma importancia conocer las causas que las llevan a generar una

baja nutrición en los hijos y sobre todo una falta de información sobre la correcta manera de alimentar a los niños.

El abordaje de los temas de prevención en la desnutrición genera un tipo de educación adecuada con base a programas educativos con temas de alimentación balanceada, de igual manera se debe tener en consideración si se posee el alcance de los alimentos necesarios y sobre todos correctos para la ingesta adecuada, por lo tanto, es también adecuado asistir a la asistencia médica correcta para ver parámetros normales que posea el infante.

Las limitantes que se observaron en la investigación realizada con grupos de madres que no están de acuerdo con una implementación de alimentos necesarios para la dieta necesaria para el niño, esto con base a que se cree que muchas de las verduras y frutas sobrepasan los precios que están dispuestos a pagar.

Se recomienda usar grupos de madres de zonas consideradas de bajo recursos para conocer si el problema radica solamente con base a su economía o también en caso de desconocimiento de la nutrición balanceada, para de esa manera lograr abarcar más grupos sociales y tener diversas variables a considerar.

La mala alimentación, bajos recursos en algunos de los casos e inclusive el desconocimiento lleva a que muchas madres consideren correcto hasta cierto punto la alimentación inadecuada de los infantes, es decir usan como solución de esta problemática el no tener la educación sobre los alimentos correctos para la ingesta.

Referencias

Black, R. (2020). The Lancets series on maternal and child Undernutrition. Nutrition. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4)

Khanra, P. (2021). El nivel de educación de la madre está asociado con el fracaso antropométrico entre los niños rurales de 3 a 12 años de Purba Medinipur, Bengala Occidental, India. Revista de Ciencias Biosociales. <https://doi.org/10.17141/iconos.74.2022.5226>

Kummar, P., Chauhan, S., Patel, R., Srivastava, S., & Bansod, D. (2016). Prevalence and factors associated with triple burden of malnutrition among mother-child pairs in India: a study based on National Family Health Survey 2015–16. BMC Public health. (116), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105256>

Lakshmanasamy, T. (2021). Educación materna y salud infantil en la India: estimación logit multinomial de la desnutrición. Revista india de economía aplicada. <https://doi.org/10.1590/0102-311XES186621>

Shaoru, C., Richardson, S., Kong, Y., Ningh, M., & Zhao, A. (2023). Association Between Parental Education and Simultaneous Malnutrition Among Parents and Children in 45 Low- and Middle-Income Countries. Jama Network.

Bhupathiraju, S. N. (s/f). Desnutrición. Manual MSD versión para público general. Recuperado el 24 de junio de 2024, de <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-nutricionales/desnutrici%C3%B3n/desnutrici%C3%B3n>

(S/f). Researchgate.net. Recuperado el 25 de junio de 2024, de https://www.researchgate.net/publication/364525873_Relacion_entre_bullying_y_malnutricion_en_ninos_y_adolescentes

Herrera, C., & Margarita, A. (2014). Principales enfermedades asociadas al estado nutricional en el niño menor de un año. *Medicentro (Villa Clara)*, 18(3), 100–106.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000300003

(S/f-b). Researchgate.net. Recuperado el 25 de junio de 2024, de [https://www.researchgate.net/publication/378079735 Factores de riesgo y estrategias de prevencion en la desnutricion infantil en Latino america](https://www.researchgate.net/publication/378079735_Factores_de_riego_y_estrategias_de_prevenccion_en_la_desnutricion_infantil_en_Latino_america)

(S/f-c). Researchgate.net. Recuperado el 25 de junio de 2024, de [https://www.researchgate.net/publication/373883122 La desnutricion infantil y su efecto en el neurodesarrollo una revision critica desde la perspectiva ecuatoriana](https://www.researchgate.net/publication/373883122_La_desnutricion_infantil_y_su_efecto_en_el_neurodesarrollo_una_revision_critica_desde_la_perspectiva_ecuatoriana)

Cero, T. (2020, octubre 19). Desnutrición y bajo rendimiento escolar. Tolerancia Cero. <https://toleranciacer.org.es/web/desnutricion-y-bajo-rendimiento-escolar/>

CAPÍTULO III

EXPLORANDO LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR: EXPERIENCIAS DESDE CUENCA



Giselle Carolina Campoverde Ayora
Universidad Politécnica Salesiana
<https://orcid.org/0009-0005-5226-0490>
gcampoverdea1@est.ups.edu.ec
Cuenca, Ecuador.

Diego Ismael Rodas Flores
Universidad Politécnica Salesiana,
<https://orcid.org/0000-0001-7827-4595>
drodas@ups.edu.ec
Cuenca, Ecuador.

Resumen

Introducción: La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo de los individuos, es reconocida como trastorno depresivo mayor.

Objetivo: Identificar las experiencias en la ciudad de Cuenca en los adultos mayores con depresión.

Metodología: El objeto de estudio es fenomenológico cualitativo en el adulto mayor con depresión en la ciudad de Cuenca. Se realizaron nueve preguntas abiertas en una entrevista semiestructurada.

Resultado: En la red semántica se evidenció que el adulto mayor presenta depresión debido a la soledad y abandono por la muerte de su madre. Por lo que, esto repercutió en el adulto mayor debido a la dependencia de los medicamentos que le generaban ansiedad.

Conclusión: Por esta razón, la depresión se caracteriza por un factor desencadenante en la vida de las personas que lo padecen.

Palabra clave: depresión, adulto mayor, enfermedad, familia,

Exploring Depression in the Elderly: Experiences from Cuenca

Abstract

Introduction: Depression is a mood disorder that affects individuals, recognized as a major depressive disorder. **Objective:** To identify the experiences of older adults with depression in the city of Cuenca. **Methodology:** The study adopts a phenomenological qualitative approach, focusing on older adults with depression in Cuenca. Nine open-ended questions were used in a semi-structured interview. **Result:** The semantic network analysis revealed that older adults experience depression due to loneliness and abandonment following the death of their mother. This has resulted in increased dependency on medication, which in turn causes anxiety. **Conclusion:** Depression is characterized by a triggering factor in the lives of those who suffer from it.

Keyword: depression, older adult, illness, family.

Introducción

La depresión se relaciona con una enfermedad grave del estado de ánimo frecuente, debido a experimentar tristeza la mayor parte del tiempo. Se presentan síntomas que interfieren con el bienestar cognitivo, emocional y conductual en actividades cotidianas (NIMH, 2023). Un estudio halló una prevalencia de depresión del 5,7% entre las personas mayores de Tanzania (Mlaki et al., 2021). Por esta razón, es importante dar valor a las causas que se ejecutan en los adultos mayores, como el maltrato familiar, físico o mental. Por las causas mencionadas, los adultos mayores se enfrentan a graves consecuencias, como intentos de suicidio y efectos negativos en su salud física; pero como sociedad hemos olvidado e ignorado un problema vital y perjudicial para este segmento de la población.

Por esta razón, en la Constitución de la República del Ecuador, se mencionan los derechos de las personas, que tienen grupos de atención, que brinda derechos a la sociedad contra la violencia, a fin de obtener protección contra la explotación de tipo económica o laboral (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008).

De hecho, esta investigación está relacionada con el valor teórico, en lo esencial en las personas mayores, dicho de otro modo, puede causar debido a una afectación al abandono familiar adicionalmente, se obtiene el maltrato familiar, que afecta significativamente al sujeto de igual forma, las causas mencionadas, dan consecuencias bastante dañinas para los adultos mayores, como intentos suicidas e impacto en su salud física.

Finalmente, discutiremos el enfoque metodológico de la investigación, que incluirá una entrevista para conocer las experiencias, actitudes y desafíos de las personas ante esta situación, particularmente entre los adultos mayores. La pertinencia de este trabajo radica en que, entre la población ecuatoriana, existe un desconocimiento sobre temas relativos

a depresión en el adulto mayor, por cuanto se pretende contribuir con un equilibrio entre la educación y la concientización sobre esta temática.

Es importante tratar a tiempo la depresión debido al deterioro del estado de ánimo de las personas que lo padecen. Produce síntomas importantes que afectan a los sentimientos, el pensamiento y las actividades cotidianas de la persona, como dormir, comer y trabajar (NIMH, 2023).

A medida que envejece la población en el mundo, aumenta la demanda de asistencia sanitaria, con respecto a la elevada incidencia de enfermedades y discapacidades entre los adultos mayores. La depresión es común en la población, pues tiende a afectar a gran cantidad de pacientes hospitalizados y ambulatorios, entre otros. De hecho, la Organización Mundial de la Salud indicó que esta patología afectará gravemente a la población adulta mayor en 2020 (Lizárraga, 2006).

En conjunto, la depresión en gran medida afecta el funcionamiento del cerebro; las personas que sufren depresión tienen niveles más bajos de serotonina, un neurotransmisor necesario para el bienestar emocional y el sueño. Este descenso afecta a los niveles de energía, repercute en el comportamiento y provoca emociones de desesperación y apatía (NIMH, 2020).

En concordancia, se visualiza que los Institutos Nacionales de la Salud, la depresión, en los adultos mayores, relacionada con la gran disminución de energía, lentitud de movimientos, y dificultades para prestar atención. Los pacientes han informado de que los síntomas físicos que se generalizan en la depresión (a cualquier edad) incluyen dolores de cabeza, dolor en las articulaciones, agotamiento, falta de apetito, dificultades para dormir y problemas gastrointestinales (Stepko, 2022).

De hecho, la investigación en las personas de la tercera edad con depresión se identifica en el estudio analítico y transversal, acerca de las malas condiciones de la vida como la pobreza, donde, se utiliza datos de

CAPÍTULO III

Explorando la depresión en el Adulto Mayor: Experiencias desde Cuenca

la Encuesta Nacional de Hogares, además reconoce factores que pueden estar asociados a la depresión, cómo ser mujer, personas de bajos recursos, tener bajo nivel educativo, vivir en zonas rurales, ser de la sierra. Para luchar con esta condición, se aconseja que el gobierno se centre en grupos pequeños y particulares, dando mayor importancia a las señoras mayores de 75 años que viven en zonas rurales.

Por otra parte, el estudio realizado por Lliguisupa et al. (2020) examinaron la prevalencia de síntomas de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. Como resultado, los adultos mayores presentan síntomas de depresión que se caracteriza más en mujeres, entre 75 y 84 años. Aunque no se mostró una relación clara entre la depresión y comorbilidades específicas, se demostró que la presencia de depresión reduce la calidad de vida y aumenta la mortalidad en este grupo de población.

Por ende, hay que detectar y tratar a tiempo los síntomas de depresión en los adultos mayores para promover su bienestar emocional. Por otro lado, el estudio realizado por Durán et al. (2013) también exploró la relación entre la depresión y la función cognitiva en adultos mayores de una comunidad urbana marginal. En este estudio, más del 40% de las personas mayores investigadas tenían algún tipo de depresión, y alrededor del 41,7% presentaban deterioro cognitivo.

En concordancia, es importante destacar que el objetivo general de este capítulo es conocer las experiencias de los adultos mayores con depresión en la ciudad de Cuenca, para lograr una propuesta psicológica que minimice su sintomatología. De igual forma, el objetivo específico fue, identificar las vivencias de los adultos mayores de Cuenca en el año 2024.

Metodología

Enfoque

La técnica de estudio y análisis de este trabajo fue la cualitativa, que se centra en investigar percepciones, emociones y relaciones en grupos específicos, por lo que resulta beneficiosa para recabar información exhaustiva (Corona, 2018).

Paradigma

Se puso en práctica un paradigma sociocrítico que identifica cómo implementar factores ideológicos en los procesos de generación de conocimientos, añadiendo una crítica reflexiva. Su objetivo principal es cambiar la estructura de los vínculos sociales para resolver los problemas que estas relaciones causan. Para ello, se construye sobre la acción-reflexión de los miembros de la comunidad, que se configura como una unidad indisoluble entre lo teórico y lo práctico (Alvarado y García, 2008).

Diseño

En este estudio se utilizó un diseño fenomenológico, que se caracteriza por explorar, describir y entender a los individuos desde sus experiencias, para obtener elementos de dichas experiencias. Este fenómeno abarca desde el enfoque y puede llevar a ser tan diverso como la extensa experiencia humana (Ramírez, 2024).

Población y muestra

Este estudio se centró en una población de personas mayores (65 o más años) de Cuenca, Ecuador. Actualmente. No hay datos creíbles sobre el número de personas mayores en 2024 (es decir, población sin límites). Se utilizó un método de muestreo no probabilístico, con cinco personas mayores elegidas por conveniencia: dos mujeres y tres hombres.

Técnica

Por lo mismo, el método de la entrevista se utilizó para este estudio, donde, la entrevista es un método de investigación en el que el entrevistador y el entrevistado interactúan directamente con el objetivo.

de recabar información exhaustiva y perspectivas sobre un determinado tema (Medina et al., 2023). La entrevista se realizó para profundizar en el tema de la depresión en personas mayores en Cuenca, con el objetivo de conocer más sobre las experiencias de los participantes en el estudio.

Instrumentos

Se utilizó una encuesta de variables sociodemográficas como la edad (≥ 65 años), sexo (hombre o mujer), estado civil (con o sin pareja), educación (primaria, secundaria, bachillerato, tercer o cuarto nivel) y situación de vida actual (esposa, hijos, nietos, nuera). A continuación, se administró un cuestionario de preguntas sobre las experiencias de depresión en adultos mayores, que incluía 9 preguntas sobre las causas (maltrato y abandono familiar) y los efectos (intentos de suicidio e impacto en la salud física).

Plan de análisis cualitativo

El plan de análisis cualitativo se aplicó a las entrevistas e implicó varios procedimientos minuciosos. La fase inicial consistió en una codificación de primer nivel. Se realizó un estudio exhaustivo de las transcripciones de las entrevistas, encontrando las áreas clave que reflejaban ideas, conceptos o temas esenciales. Estos segmentos se identificaron mediante códigos descriptivos que representan su esencia. Esta fase inicial permitió familiarizarse con los datos e identificar tendencias emergentes sin imponer un marco estricto.

La siguiente etapa involucró la construcción de redes semánticas. Se crearon representaciones visuales que mostraron cómo los diferentes códigos y categorías estaban interconectados. Este paso fue crucial para

visualizar las relaciones complejas entre los temas y subtemas identificados. Al construir una red semántica, se detectaron patrones y estructuras subyacentes en los datos, facilitando una comprensión más holística y detallada del fenómeno estudiado.

Por último, se realizó la triangulación para dar seguridad, confiabilidad, validez en el análisis cualitativo, con el objeto de usar múltiples fuentes de datos, investigadores y métodos. Al comparar y contrastar diferentes perspectivas, se identificaron posibles sesgos y se aseguraron conclusiones robustas y bien fundamentadas. La triangulación aportó una capa adicional de rigor al análisis, aumentando la credibilidad y la profundidad de los resultados.

En síntesis, el plan de análisis cualitativo aplicado a las entrevistas incluyó la codificación de primer nivel para identificar segmentos significativos, la codificación de segundo nivel o axial para establecer relaciones y construir categorías, la creación de redes semánticas para visualizar y entender estas relaciones, y la triangulación para garantizar la validez y confiabilidad de los hallazgos.

Resultados

Durante la fase de diagnóstico, se realizó una codificación abierta de primer nivel, identificando varias categorías y subcategorías relacionadas con la Depresión en Adultos Mayores (DAM). Se observó que la depresión (DP) en los adultos mayores fue una de las categorías más relevantes, con un total de (n = 4) marcas de color, lo que representó un 9,3% del total. Este hallazgo subrayó la prevalencia de la depresión en este grupo demográfico. La subcategoría de apoyo familiar (APOF) obtuvo (n = 3) de color, lo cual constituyó un 7,0% del total. Este resultado destacó la importancia del apoyo familiar en el contexto de la depresión en adultos mayores.

La ansiedad (ASD), el duelo (DLO), la escucha activa (ECA), el sentido de pertenencia (SNPP) y la nostalgia (NTG) fueron otras subcategorías

significativas, cada una con (n = 2) marcas de color, representando un 4,7% del total. Estos resultados indicaron que estas áreas también eran cruciales en el análisis de la depresión en este grupo. Por otro lado, varias subcategorías recibieron (n = 1) marca de color, cada una representando un 2,3% del total.

Estas subcategorías incluyeron la soledad (SLD), la disfunción familiar (DSFN), la adicción (ADNO), la violencia psicológica (VCA), la alucinación (ACN), la nicturia (NRA), la educación social (ECN), la inestabilidad emocional (INBD), el apoyo emocional (APO), la tensión emocional (TSN), el desorden alimenticio (DSD), el abandono (ABN), la tranquilidad (TRD), la alegría (ALG), el enojo (EN), los nervios (NS), la tristeza (TRT), la conciencia (CN), la salud (SD), los cambios de ánimo (CPA), la estabilidad (ES), la incomodidad (IC), la duda (DD), el agradecimiento (AGT), la correlación interpersonal (CRS) y las dificultades cognitivas (DTS).

En total, se registraron 43 etiquetas codificadas por colores, que reflejaban las diversas áreas de preocupación y las afecciones asociadas. A continuación, se presentan los resultados interpretados. Esto proporcionó un panorama detallado en los adultos mayores con depresión

Tabla 1.

Codificación de primer nivel (abierto) de la fase del diagnóstico

Categoría / Subcategoría	n	%
Depresión (DP)	4	9,30%
Subcategorías relacionadas		
Apoyo Familiar (APOF)	3	7,00%
Ansiedad (ASD)	2	4,70%
Duelo (DLO)	2	4,70%
Escucha Activa (ECA)	2	4,70%
Sentido de Pertenencia (SNPP)	2	4,70%

CAPÍTULO III

Explorando la depresión en el Adulto Mayor: Experiencias desde Cuenca

Nostalgia (NTG)	2	4,70%
Subcategorías menores		
Soledad (SLD)	1	2,30%
Disfunción Familiar (DSFN)	1	2,30%
Adicción (ADNO)	1	2,30%
Violencia Psicológica (VCA)	1	2,30%
Alucinación (ACN)	1	2,30%
Nicturia (NRA)	1	2,30%
Educación Social (ECN)	1	2,30%
Inestabilidad Emocional (INBD)	1	2,30%
Apoyo Emocional (APO)	1	2,30%
Tensión Emocional (TSN)	1	2,30%
Desorden Alimenticio (DSD)	1	2,30%
Abandono (ABN)	1	2,30%
Tranquilidad (TRD)	1	2,30%
Alegría (ALG)	1	2,30%
Enojo (EN)	1	2,30%
Nervios (NS)	1	2,30%
Tristeza (TRT)	1	2,30%
Conciencia (CN)	1	2,30%
Salud (SD)	1	2,30%
Cambios de Ánimo (CPA)	1	2,30%
Estabilidad (ES)	1	2,30%
Incomodidad (IC)	1	2,30%
Duda (DD)	1	2,30%
Agradecimiento (AGT)	1	2,30%
Correlación Interpersonal (CRS)	1	2,30%
Dificultades Cognitivas (DTS)	1	2,30%

En la tabla 2 se proporcionó un análisis detallado en el adulto mayor con depresión (DAM), enfocándose en las coincidencias y discordancias (densificación) de las experiencias observadas en varias subcategorías. Esta tabla muestra cómo se densificaron estas percepciones a través de una entrevista de dos revisores.

La tabla 2 muestra las densificaciones de las percepciones entre los cuidadores y las personas mayores sobre varias subcategorías de depresión. En la subcategoría Soledad (SLD), las personas mayores revelaron un fuerte sentimiento de aislamiento tras la muerte de sus padres, con una afirmación: Sí, desde que mi madre murió hace 18 años, siento que me he quedado sola.

Por el contrario, en la subcategoría de Disfunción Familiar (FSDN) se encontraron graves discordancias, ya que algunas personas mayores afirmaban no tener familia, a pesar de tener hermanos, siempre deseaban a sus padres y eran incapaces de olvidarlos. Por otra parte, en la categoría de Ansiedad (ASD), las personas mayores hablaron de cómo esta afección afectaba a su salud mental y decidieron utilizar medicamentos para tratarla, aunque algunos señalaron que, cuando hablaban de los síntomas de la depresión, los demás solían evitar mirarlos.

En la subcategoría Duelo (DLO), la muerte de un hijo en un accidente dejó una huella duradera en una de las entrevistadas, que recordó con dolor cómo su hija lloró la pérdida de su madre. La subcategoría Escucha Activa (ECA) destacó la importancia del apoyo emocional de la esposa del entrevistado y las continuas visitas de sus hermanos, a pesar de los momentos de duda y silencio al hablar de las redes de apoyo. Además, la fe religiosa proporcionada por su comunidad, Testigos de Jehová (APOF), fue crucial para fortalecer su fe y mantenerla durante los momentos difíciles.

Por ende, la violencia psicológica (VCA) y las alucinaciones (ACN) demostraron la vulnerabilidad del encuestado ante el comportamiento de

CAPÍTULO III

Explorando la depresión en el Adulto Mayor: Experiencias desde Cuenca

su mujer, que le acusaba de estar loco y le menosprecia, lo que provocaba un ambiente tenso y conflictivo en casa. Finalmente, la nicturia (ANR) también era un problema, que hacía infeliz a su esposa porque él iba con frecuencia al baño por la noche.

Tabla 2.

Densificación de las experiencias de la depresión en los adultos mayores

Densificación				
Categoría	Subcategorías	Códigos	Coincidencias	Discordancias
Depresión en Adultos Mayores	Soledad	(SLD)	Sí, desde hace 18 años que murió mi madre, siento que me he quedado solo.	
	Disfunción Familiar	(DSFN)	No tengo familia a pesar de que tengo hermanos, extraño a mi madre y no puedo olvidarle.	
	Ansiedad	(ASD)	Esto me ha afectado en mi salud mental y no puedo curarme, por eso, tomo pastillas para no tener mucha ansiedad.	En algunas ocasiones especialmente cuando pregunto sobre síntomas de depresión, su mirada es evitativa la mayor parte del tiempo.

Adicción	(ADNO)	<p>Tomo alprazolam 0.5 mg dos veces al día desde hace ya mucho tiempo, siento que con eso puedo estar tranquilo.</p>
Duelo	(DLO)	<p>Yo perdí a mi hija cuando ella tenía 16 años en un accidente de tránsito, no me gusta recordar esos momentos, donde se le veía triste cuando recordaba la pérdida de su madre.</p>
Escucha Activa	(ECA)	<p>En mi caso, mi mayor red de apoyo es mi esposa, Susana, quien me cuida y me apoya en todo momento. Vivo lejos de mis hermanos, pero siempre me llaman o visitan en mi hogar. Ellos me</p> <p>Cuando abordé el tema de redes de apoyo, hubo un momento de silencio y dudé en responder. Finalmente, agradeció que haya personas que se preocupen por</p>

CAPÍTULO III

Explorando la depresión en el Adulto Mayor: Experiencias desde Cuenca

		hacen sentir adultos contento y mayores. querido.
Apoyo Familiar (APOF)		Me hice testigo de Jehová, ahí me ayudaron a creer en Dios y Siempre están tener fe en él para apoyar a para seguir mi esposa y a con mi vida, mí. porque Dios es el único que tiene nuestras vidas en sus manos.
	(VCA)	Me siento maltratado cuando mi esposa no me pregunta qué quiero hacer y solo me hace ir o vestirme como ella elige.
Alucinación (ACN)		Susana no me entiende y dice que estoy loco y que soy un viejo amargado. Me grita para que no haga ruido.

Nicturia	(NRA)	En las noches voy muy seguido al baño, mi esposa se molesta y me grita para que no haga mucho ruido.
Educación Social	(ECN)	Para evitar que se maltrate a los viejitos, es trabajar con niños y jóvenes de los colegios para que tengan conciencia y respeto, que no se cansen de sus abuelos.
Inestabilidad Emocional	(INBD)	Yo comencé a cambiar desde que murió mi madre, me sentí solo en el mundo porque ya no tengo a nadie, también se me quitaron las ganas de salir o hacer cosas fuera de la casa.

Apoyo Emocional	(APO)	Yo creo que lo mejor es ir al Centro de Salud para que los doctores me tomen la presión y me den algo si necesito.
Tensión Emocional	(TSN)	Cuando ya no quise levantarme en las mañanas, no tenía ganas de bañarme ni cambiarme, me sentía solo y sin ánimo.
Sentido de Pertenencia	(SNPP)	Le agrada hablar de su religión, puesto que se evidencia que se siente cómodo y confiado, por lo que, cuando se hizo testigo de Jehová, le ayudaron a creer en Dios, porque para él es el único que tiene su vida en sus manos.

Desorden Alimenticio	(DSD)	Soledad, tristeza, ansiedad por muchos días, falta de apetito, falta de ánimo, eso sentí hace algún tiempo, pero ahora ya me siento mucho mejor.
Abandono	(ABN)	Desde que murió mi madre, siento que me he quedado solo y no tengo familia a pesar de que tengo hermanos. Extraño a mi madre y no puedo olvidarla.
Depresión	(DP)	Esto me ha afectado en mi salud mental, por lo que, se me quitaron las ganas de salir o de hacer cosas fuera de la casa. Ya no quise ni levantarme de la cama en las

CAPÍTULO III

Explorando la depresión en el Adulto Mayor: Experiencias desde Cuenca

		mañanas, no tenía ganas, ni de bañarme, ni de cambiarme, me sentía solo.
Nostalgia	(NTG)	Se le veía triste cuando recordaba la pérdida de su madre. Se aprecia que no ha superado el proceso de duelo.
Tranquilidad	(TRD)	Desde hace mucho tiempo siento que puedo estar tranquilo, con la medicación.
Alegría	(ALG)	Vivo lejos de mis hermanos, pero siempre me llaman o me visitan en mi hogar. Ellos me hacen sentir contento y querido.
Enojo	(EN)	Mi esposa no me pregunta qué quiero hacer y solo me hace ir o vestirme como ella elige.
Nervios	(NS)	A veces me siento nervioso,

CAPÍTULO III

Explorando la depresión en el Adulto Mayor: Experiencias desde Cuenca

		cuando vamos a salir.
Tristeza	(TRT)	Susana no me entiende y dice que estoy loco y que soy un viejo amargado. Me grita para que no haga ruido.
Conciencia	(CN)	Trabajar con los niños y jóvenes de los colegios para que tengan conciencia y respeto, que no se cansen de sus abuelos.
Salud	(SD)	Los doctores me toman la presión y me dan algo si necesito.
Cambios de ánimo	(CPA)	Me he sentido feliz, triste, ansioso, fatigado.
Estabilidad	(ES)	Pero ahora ya me siento mucho mejor.
Incomodidad	(IC)	Su mirada es evitativa la mayor parte del tiempo.

Duda	(DD)	Cuando abordé el tema de redes de apoyo, hubo un momento de silencio y dudé en responder.
Agradecimiento	(AGT)	Agradeció que haya personas que se preocupen por los adultos mayores.
Correlación Interpersonal	(CRS)	También los amigos que tengo en las reuniones de los testigos de Jehová son como mis hermanos.
Dificultades Cognitivas	(DTS)	A lo largo de mi vida me he sentido feliz, triste, ansioso, fatigado y yo, cuando me siento así, salgo a caminar.

En la Tabla 3 se presentó una codificación de segundo nivel en los adultos mayores con Depresión (DAM). En esta tabla se clasificaron las categorías, subcategorías y códigos iniciales, se observaron los cambios

realizados (como fusiones y recodificaciones) y se registraron las frases representativas asociadas a cada código.

Existieron varios subgrupos dentro del área de Depresión en el adulto mayor (CI). La subcategoría Soledad (SLD) se recodificó como Soledad y abandono (SYA). Una persona declaró que, desde que murió su madre hace 18 años, se ha sentido sola y desconectada de su familia, a pesar de tener hermanos, y que extraña a su madre y no puede olvidarla.

La subcategoría Disfunción familiar (DSFN) se ha recodificado como Disfunción familiar, apoyo familiar y apoyo emocional (DFE). El individuo mencionó no tener familia, a pesar de tener hermanos, además estaría de luto por su madre. Afirmó que siempre estaban ahí para apoyar a su mujer y a él, y que lo mejor era acudir al Centro de Salud para que los médicos le tomarán la tensión y le proporcionarán medicación si la necesitaba.

La subcategoría Ansiedad (TEA) sigue siendo la misma. El individuo indicó que su salud mental se había deteriorado y que necesitaba medicación para la ansiedad. Afirmó que, tras la muerte de su madre, se ha sentido solo y poco dispuesto a hacer cosas fuera de casa. Solía negarse a levantarse, bañarse o cambiarse porque se sentía solo y abatido, pero mejoró con el tiempo.

En el subtipo Adicción (ADNO), que permaneció inalterado, el individuo declaró tomar alprazolam dos veces al día para sentirse tranquilo. Afirmó que su esposa no lo entendía, lo llamaba loco y amargado, y estaba irritada por el alboroto que creaba. En la subcategoría Duelo (DLO), siguió igual. El individuo habló de la pérdida de su hija en un accidente de tráfico, reviviendo los hechos con angustia.

La subcategoría Escucha activa (ECA) se recodificó como correlación interpersonal y escucha activa (CIEA). El individuo declaró que su mayor red de apoyo incluía a su esposa Susana, que lo cuidaba y animaba, así como a sus hermanos y amigos de las reuniones de los Testigos de Jehová.

CAPÍTULO III

Explorando la depresión en el Adulto Mayor: Experiencias desde Cuenca

No hubo actualizaciones en la subcategoría Violencia Psicológica (VCA). La persona declaró que se sentía maltratado porque su mujer no le preguntaba lo que quería hacer y le obligaba a vestirse y actuar según sus deseos.

En la sección Educación social (ECN), recodificada como Sentido de pertenencia y educación social (SPES), la persona hizo hincapié en la necesidad de trabajar con niños y adolescentes para fomentar el respeto a los mayores, así como en cómo su fe le había hecho sentirse más seguro y confiar en Dios. En la subcategoría Depresión (DP), nada cambió. El individuo declaró que su salud mental se resentía, con pocas ganas de salir, levantarse, bañarse o cambiarse, y que se sentía solo.

En la subcategoría Tranquilidad (TRD), que se mantuvo constante, el encuestado afirmó que se había sentido tranquilo durante mucho tiempo gracias a la medicación. Vivía lejos de sus hermanos, pero le llamaban y le visitaban, lo que le hacía sentirse querido. La subcategoría Conciencia (NC) permaneció invariable. El individuo subrayó la necesidad de enseñar a los jóvenes a respetar a los mayores. No hubo modificaciones en la subcategoría Salud (SD).

Por último, en la subcategoría Cambios de humor (CPA), recodificada como Dificultades cognitivas y cambios de humor, la persona afirmó que ha experimentado una variedad de emociones a lo largo de su vida y que caminar le ayuda a sentirse mejor cuando está infeliz o ansioso. En la subcategoría Duda (DD), que permaneció intacta, se afirmó que el individuo dudaba al hablar de redes de apoyo.

Tabla 3.

Densificación de las experiencias de la depresión en los adultos mayores

Subcategoría	Resultados	Interpretación
Soledad y Abandono	Revisor 1: “Hace 18 años que murió mi	Según Karnick (2005), la soledad es un problema que ha sido

	<p>madre, siento que me he quedado solo”.</p> <hr/> <p>Revisor 2: “Desde que murió mi madre, siento que me he quedado solo y no tengo familia”.</p>	<p>sistemáticamente negado como un trastorno que requiere atención seria. Quienes lo sufren no siempre lo reconocen debido a sentimientos de vergüenza o dificultad para superar el aislamiento.</p>
<p>Disfunción Familiar, Apoyo Familiar y Apoyo Emocional</p>	<p>Revisor 1: “No tengo familia a pesar de que tengo hermanos, extraño a mi madre”.</p> <hr/> <p>Revisor 2: “Mi apoyo es mi esposa Susana, me hice testigo de Jehová...”</p>	<p>Según Velasco (2001), el apoyo social es un factor protector de la salud. La familia proporciona un entorno natural de apoyo que se ajusta a las demandas funcionales a lo largo de los cambios de ciclo vital.</p>
<p>Ansiedad</p>	<p>Revisor 1: “Esto me ha afectado en mi salud mental, me sentí solo y sin ánimo.”</p> <hr/> <p>Revisor 2: “Responde preguntas con ansiedad y tartamudeo...”</p>	<p>Según Tobal (1996), la ansiedad es una reacción emocional ante un peligro, manifestándose en tres sistemas: cognitivo, fisiológico y motor, actuando independientemente en ocasiones.</p>
<p>Adicción</p>	<p>Revisor 1: “Tomo alprazolam 0.5 mg dos veces al día, me siento tranquilo.”</p>	<p>Según Méndez (2017), la adicción es una enfermedad cerebral que induce la búsqueda compulsiva de la droga, a pesar de las consecuencias adversas, según la OMS.</p>
<p>Duelo</p>	<p>Revisor 1: “Yo perdí a mi hija a los 16 años en un accidente de tránsito.”</p>	<p>Según Borgeois (1996), el duelo es el proceso psicológico evolutivo posterior a la pérdida de un ser querido, con</p>

		consecuencias psico-afectivas y rituales.
Correlación Interpersonal y Escucha Activa	Revisor 1: “Mi mayor red de apoyo es mi esposa Susana.”	Según Cornejo (2011), las relaciones interpersonales son fundamentales en la vida humana, funcionando como un medio para alcanzar objetivos y como un fin en sí mismas. El ser humano necesita relacionarse socialmente.
	Revisor 2: “Me llaman o me visitan mis hermanos...”	
Violencia Psicológica	Revisor 1: “Me siento maltratado cuando mi esposa no me pregunta...”	Según Carillo (2015), la violencia psicológica incluye acciones que afectan el desarrollo emocional de un individuo, como ridiculizar, insultar, menospreciar y amenazas. La violencia física, sexual y verbal también genera daño psicológico, como se observa en niños que han sufrido maltratos físicos severos.
Sentido de Pertenencia y Educación Social	Revisor 1: “Trabajar con niños y jóvenes para que tengan respeto a los abuelos.” Revisor 2: “Agradeció que haya personas que se preocupen por los adultos mayores.”	Según Martínez (2014), el sentido de pertenencia motiva actitudes positivas hacia el entorno y las personas. Promover este sentimiento es crucial para facilitar el proceso de adaptación, especialmente entre los jóvenes que enfrentan el cambio de la escuela secundaria a los estudios universitarios.

Depresión	<p>Revisor 1: “Esto me ha afectado en mi salud mental, me sentía solo.”</p> <p>Revisor 2: “Extraño a mi madre y no puedo olvidarla.”</p>	<p>Según Borgwardt (2013), la depresión mayor se caracteriza por una tristeza profunda y pérdida de interés, con una gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y conductuales.</p>
Tranquilidad	<p>Revisor 1: “Hace mucho tiempo siento que con la medicación puedo estar tranquilo.”</p> <p>Revisor 2: “Ahora me siento mucho mejor.”</p>	<p>Según Fernández (2010), la tranquilidad se asocia con la calidad de vida y la salud de la persona, resultando de la evaluación clínica y las decisiones terapéuticas.</p>
Conciencia	<p>Revisor 1: “Trabajar con niños y jóvenes para que tengan conciencia y respeto...”</p>	<p>Según Stepanenko (2010), la conciencia surge a partir de estados mentales inconscientes. Este modelo permite explicar la conciencia mediante propiedades fenomenológicas e intencionales.</p>
Salud	<p>Revisor 1: “Los doctores me toman la presión y me dan algo si necesito.”</p>	<p>Según Briseño (2000), la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, no solo la ausencia de enfermedades o afecciones.</p>
Cambios de ánimo y Dificultades Cognitivas	<p>Revisor 1: “Me he sentido feliz, triste, ansioso...”</p> <p>Revisor 2: “Me he sentido feliz, triste, ansioso...”</p>	<p>Según Martínez (2021), las dificultades cognitivas alteran la memoria, percepción y capacidad para resolver problemas.</p>
Duda	<p>Revisor 1: “Hubo un momento de silencio y dudó en responder.”</p>	<p>Según Hurtado (2004), la duda se opone a la creencia y puede surgir en diversos contextos,</p>

reflejando incertidumbre o falta de certeza.

Los adultos mayores con Depresión (DAM). En esta red se clasificaron las categorías y subcategorías con sus respectivos nombres; diversos factores contribuyeron a la depresión en los adultos mayores. La soledad y el abandono fueron factores cruciales, ya que las muertes de la madre y la pareja fueron sucesos significativos que contribuyeron a la soledad y a la percepción de abandono. Los cambios de humor, la pérdida de seres queridos y las reacciones desagradables a los malos tratos repercuten en la tranquilidad.

Asimismo, la ansiedad estaba causada por la muerte de seres queridos y el deseo de tranquilidad, así como por la dificultad para controlar las emociones. La adicción también era el resultado de estos factores. La convivencia se distinguía por la falta de familia y la experiencia de abuso emocional, que creaba un deseo de compasión y comprensión. El duelo surgió por la muerte de la madre, la soledad emocional, la ausencia de una familia y una sensación de vacío.

El sentido de pertenencia y la educación social se vieron afectados, y la comunidad religiosa brindó un apoyo crucial al adulto mayor. El vínculo interpersonal y la escucha activa también fueron importantes, ya que cónyuges, hermanos, amigos y compañeros de trabajo ofrecieron consuelo. Por otra parte, la disfunción familiar, la falta de apoyo emocional y familiar y los abusos psicológicos provocaron tensiones conyugales, desprecio y sentimientos e inseguridades, todo lo cual contribuyó a la depresión. La fe en Dios influyó en la salud, al igual que la medicina irregular. La depresión se expresaba como melancolía, bajo estado de ánimo y falta de apoyo.

Por último, las dificultades personales, el estrés de la pareja y el escepticismo fueron el resultado de la falta de comprensión familiar, de conexión con la comunidad y de comodidad.

CAPÍTULO III

Explorando la depresión en el Adulto Mayor: Experiencias desde Cuenca

En el estudio analizado, la triangulación metodológica se aplicó mediante la comparación de interpretaciones realizadas por dos revisores respecto a diversos aspectos del desarrollo del lenguaje en contextos médicos y psicológicos específicos. Cada revisor proporcionó observaciones detalladas respaldadas por citas importantes,

Comenzando, cuando su madre murió hace dieciocho años, él se sintió abandonado. A pesar de tener hermanos, echaba de menos a su madre y no podía olvidarla. Según Karnick (2019), la soledad ha sido sistemáticamente descartada como enfermedad, sin embargo, exige atención urgente.

A pesar de tener hermanos, sentía que le faltaba familia. Echaba de menos a su madre y no podía olvidarla. Sin embargo, su mujer Susana era una gran ayuda, y ser Testigo de Jehová promovió su fe en Dios, a quien veía como el único que tenía su vida en sus manos. Le gustaba hablar de su religión, lo que le daba consuelo y confianza. Velasco (2001) descubrió que el apoyo social era un factor protector para la salud. Por lo tanto, la familia, como entorno natural para el crecimiento y el apoyo, confinaba sus propias normas de interacción y facilitaba la adaptación a cambios estresantes en el ciclo vital.

El estado de su salud mental, lo llevó a tomar medicación para la ansiedad. Desde la muerte de su madre, se sentía solo y tenía pocas ganas de salir de casa. La soledad, la melancolía, la ansiedad, la falta de comida y el mal humor se mantuvieron constantes, aunque mejoró gradualmente, seguía sintiéndose preocupado por salir. Tobal (2022) definió la ansiedad como una reacción emocional ante la impresión de amenaza que se manifiesta en los sistemas cognitivos, fisiológicos y motores.

Por ello, se sentía más tranquilo después de tomar alprazolam dos veces al día, aunque su mujer Susana no le entendía y le regañaba por hacer ruido. Méndez (2017) definió la adicción a sustancias de abuso,

CAPÍTULO III

Explorando la depresión en el Adulto Mayor: Experiencias desde Cuenca

como los fármacos, como un trastorno cerebral caracterizado por el consumo obsesivo ante los efectos negativos. Perdió a su hija en un accidente de tránsito cuando tenía 16 años, lo que la entristeció al recordar la muerte de su madre. Borgeois (2019) describió el duelo como la pérdida de un ser querido, incluidas las repercusiones psicoafectivas, las expresiones externas y el proceso psicológico evolutivo posterior.

Por ende, su mujer Susana era su red de apoyo más importante, pero sus hermanos y amigos también le animaban y le hacían sentirse querido. Según Cornejo (2022), los vínculos interpersonales son importantes para el hombre, ya que sirven tanto de medio para alcanzar un fin como de fin. Él se sentía maltratado cuando su mujer se negaba a preguntarle qué quería hacer y le obligaba a vestirse como ella elegía. Su mirada evitativa la mayor parte del tiempo le hacía sentirse pequeño. Según Carillo (2019), la violencia psicológica deteriora el estado emocional, al realizar acciones repetitivas de burla, insulto y menosprecio.

Para evitar el maltrato a los ancianos, se aconsejó que se incluyera a jóvenes y niños para inculcarles conocimientos y respeto por los ancianos. Se sintió aliviada de que hubiera personas que se preocuparían por los adultos mayores. Martínez (2014) encontró que el sentido de pertenencia ayudaba a los individuos a adaptarse a los cambios de la vida. Por ende, la depresión perjudicó su salud mental, quitándole las ganas de salir y realizar actividades. Según Borgwardt (2019), la depresión significativa se definía por una profunda tristeza y pérdida de interés, así como por una variedad de síntomas emocionales, cognitivos y somáticos.

Antes, la medicación le hacía sentirse mejor. Aunque vivía lejos de sus hermanos, las visitas y llamadas telefónicas de ellos le hacían sentirse feliz y querido. Fernández (2023) definió la tranquilidad como la calidad de vida y los resultados concretos de las evaluaciones clínicas y terapéuticas. El trabajo con niños y jóvenes en las escuelas para inculcar la comprensión y el respeto por los ancianos se consideró fundamental

para prevenir el maltrato a las personas mayores. Según Stepanenko (2022), la conciencia evolucionó a partir de estados mentales inconscientes, que él explica a través de características fenoménicas y propositivas.

Los médicos le tomaron la presión y le recetaron medicamentos para mantener su salud bajo control. Briseño (2019) definió la salud como el bienestar físico, mental y social total, y no simplemente la ausencia de enfermedad. A lo largo de su vida, tuvo cambios de humor y problemas cognitivos, sintiéndose contento, deprimido, ansioso y cansado en distintos momentos. Según Martínez (2021), los trastornos cognitivos afectan a la memoria, la percepción y la capacidad para resolver problemas.

En síntesis, en este estudio se analizó el impacto de la soledad, la ansiedad, las adicciones y el duelo en la salud mental de los mayores. Se identificó que el apoyo familiar y social, así como la participación en comunidades religiosas, eran fundamentales para aumentar su bienestar. Además, se hizo hincapié en los vínculos interpersonales y la escucha activa como componentes críticos para hacer frente a la soledad y la violencia psicológica.

Discusión

La soledad se ha ignorado constantemente como un trastorno que necesita atención seria; las personas que lo experimentan presentan percepciones de dificultad para superar este sentimiento (KFarnick, 2019). La depresión es un problema de salud pública mundial (Rodríguez-Vargas et al., 2022).

La asistencia social protege la salud, la familia es el marco natural en el que crecer y recibir apoyo y, con el tiempo, desarrollar patrones de interacción propios, que forman la estructura familiar. Es importante recordar la organización o la forma de interactuar con nuestro núcleo

familiar por las pautas repetitivas y las demandas funcionales, que se dan a través de la vida, que se pueden modificar según el trato de los miembros de la familia (Velasco, 2001). Por supuesto, el apoyo social se caracteriza por la comunicación, atención, cuidado que se les brinda a las personas en esta etapa de la adultez (Ortega- Rabí et al., 2022).

La ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas cognitivos o subjetivos, fisiológico o corporal y motor, pudiendo actuar con cierta independencia (Tobal, 2020). En todo caso, la ansiedad y la depresión son tan extensas entre los adultos mayores y son difíciles de diagnosticar. La socialización permite crear fuertes lazos de amistad y una nueva perspectiva de la vida (Espinosa et al., 2020).

Al mismo tiempo, la adicción se define como la dependencia a diversos tipos de sustancias, que, cuando se consumen en exceso, pueden generar un deterioro neurológico (Méndez, 2020). El consumo de sustancias de abuso por parte de los adultos mayores se ha relacionado con un aumento de la aparición de afecciones crónicas, está reconocido como un grave problema de salud pública, que supone un elevado coste social y sanitario (Pacheco, 2022).

En cambio, el duelo es la pérdida de un ser querido, debido a ciertas consecuencias psicoafectivas, se considera un proceso psicológico necesario como respuesta ante una pérdida (Borgeois, 2019). Podemos aceptar la muerte como una parte natural de la vida, pero seguimos profundamente tristes (González, 2020). Un factor protector ante los efectos adversos del duelo son las interacciones interpersonales, dado que el hombre por naturaleza es un ser social que necesita relacionarse y no puede estar aislado de otras personas (Cornejo, 2021). Los adultos mayores establecen relaciones sociales basadas en diversos factores,

como la política, la economía, la educación, la ocupación, la cultura y la familia (Uhlmann et al., 2021).

Mientras, que la violencia psicológica se caracteriza por acciones, que interfieren en el desarrollo emocional de un individuo mediante la omisión o la repetición de conductas como la burla, la desvalorización, la amenaza o el susto. Por el contrario, la violencia física, sexual y verbal impactan negativamente al estado emocional y provocan malestar psicológico (Carillo, 2019). La violencia contra los adultos mayores es un problema de salud pública importante, pero prevenible, que existe en todo el mundo (Manchego-Carnero et al., 2022).

La comunidad es una fuente para desarrollar interacciones humanas y valores interpersonales vinculados al conocimiento de los demás; el desarrollo de las relaciones interpersonales requiere conocer a los demás y comprender las experiencias colectivas y compartidas (González-Campos et al., 2023). La ausencia de esta interacción social puede constituirse en un factor de riesgo para el desarrollo de depresión mayor, que se concibe como un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento (Borgwardt, 2020).

Por tanto, la depresión es un problema de salud mental mundial, por lo que, la sanidad pública se ha encargado de proporcionar instrumentos para su diagnóstico y tratamiento (Rodríguez-Vargas, 2022). Asimismo, la duda es la creencia, que se distingue en los tipos de duda que no se opone a aquel pensamiento (Hurtado, 2022). Esto puede surgir como un período de cuestionamiento en el adulto mayor, con el objetivo de establecer una base sólida y estable para sus convicciones y comprensión (Raga, 2017).

Conclusiones

Este estudio presenta algunas limitaciones, entre otras, la dificultad para obtener una muestra representativa debido a los obstáculos de acceso y la reticencia de algunas personas mayores a participar en una investigación de esta naturaleza. Además, la falta de estudios previos en circunstancias similares complica la comparación y el análisis exhaustivo de los resultados.

Los hallazgos más importantes que arrojó este estudio ponen de relieve numerosas características críticas en la experiencia de las personas que afrontan el duelo y la soledad tras la muerte de un ser querido. El participante declaró sentirse significativamente afectado por la pérdida, con una intensa soledad y ansiedad crónica como resultado directo. Este escenario se ve agravado por la ausencia de una estructura de apoyo familiar eficaz, a pesar de la existencia de otros miembros del hogar.

Además, el sentimiento de abandono y la falta de apoyo provocan un malestar emocional exacerbado por un estado de salud mental deteriorado. Se sugiere que estudios futuros exploren la depresión en los adultos mayores, en búsqueda de tratamientos eficaces, factores de riesgo y factores de protección.

Finalmente, la soledad es un factor importante que se relaciona con la dependencia emocional, que contribuye en la depresión de los adultos mayores, de ahí surge, la importancia de adquirir prácticas y políticas que fortalece los sistemas de apoyo, de hecho, abordar los principales problemas de salud mental en los adultos mayores de manera compasiva e integral.

Referencia

Alvarado, G. (2008). Características más relevantes del paradigma sociocrítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el doctorado de educación del instituto pedagógico de Caracas. *Revista Universitaria de Investigación*, 2. <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011837011.pdf>

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders] (5th ed.). <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-depresion/tipos-depresion>

Asamblea Constituyente del Ecuador. (2008). Capítulo III. Constitución del Ecuador (2008) (acnur.org) <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6716.pdf>

Bastidas-Bilbao, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: Características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología*, 32(2), 191-218. <https://doi.org/10.18800/psico.201402.001>

Chávez, M., Amemiya, I., Suguimoto, S., Arroyo, R., Zeladita-Huamán, J., & Castillo, H. (2022). Depresión en adultos mayores en el Perú: distribución geoespacial y factores asociados según ENDES 2018 - 2020. *Anales de la Facultad de Medicina*, 83(3), 1-11. <https://doi.org/10.15381/anales.v83i3.23375>

Durán-Badillo, T. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbana marginal. *Enfermería Universitaria*. 10(2). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000200002

Duran-Badillo,T., Maldonado,M., Martínez,M., Gutiérrez,G., Ávila,H., López,S.(2020). Miedo ante la muerte y calidad de vida en adultos

CAPÍTULO III

Explorando la depresión en el Adulto Mayor: Experiencias desde Cuenca

mayores. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, 19(58), 287-295.
<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n58/1695-6141-eg-19-58-287.pdf>

Espinosa, Y., Díaz, Y., Hernández, H. (2020). Una mirada especial a la ansiedad y depresión en el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(4), 1-13.
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v36n4/1561-3038-mgi-36-04-e1081.pdf>

Flores-Fernández, K. T., Gálvez-Burgos, K. G., Valverde-Bolaños, E., & Caicedo-Cuero, M. (2021). Ansiedad y depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 26(5), 1765-1774.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.33132020>

Gobierno del Ecuador. (2008). Constitución de la República del Ecuador. *Registro Oficial No. 449*.
https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf

Gonzáles. (2020). Estamos de duelo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 80(3), 167-168.
<https://ve.scielo.org/pdf/og/v80n3/0048-7732-og-80-03-167.pdf>

Gonzáles, M., Rovella, A., Barrera, A., González, M. (2023). Las relaciones de la regulación de las emociones con la procrastinación, la satisfacción con la vida y la resistencia al malestar. *Journal of family, clinical and health psychology*, 9, 1-8.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/interac/v9/2413-4465-interac-9-e278.pdf>

González Celis, A. L., Armas Padilla, M. C. (2009). Depresión en adultos mayores institucionalizados. *Ciencias Psicológicas*, 3(2), 141-148.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3021586.pdf>

Guardia, M., Ruvalcaba, J. (2022). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Revista de Journal*.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081

Lizárraga, K. J. (2006). Envejecimiento de la población y demanda de servicios de salud. *Revista depresión en adultos mayores*

Lluisupa, V., Álvarez, R., Bermejo-Cayamcela, D., Ulloa-Castro, A., & Estrada-Cherresiveles, J. (2020). Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Revista Ciencia Pedagógicas e Innovación*.
<https://incyt.upse.edu.ec/pedagogia/revistas/index.php/rcpi/article/view/310/436>

Lluisupa, J. (2020). Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Revista Ciencia Pedagógicas e Innovación*,
<https://incyt.upse.edu.ec/pedagogia/revistas/index.php/rcpi/article/view/310/436>

Luengo, M. Á., Carrasco, M. Á., Otero, J. M., & González, M. P. (1999). Factores de riesgo en la violencia escolar: Un estudio empírico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52(2), 225-246.
repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/431e4d95-46d9-4de6-a0a6-d41b1cb7d0b9/content

Manchego-Carnero, B., Manchego-Carnero, R., Leyva-Márquez, E. (2022). Salud mental y riesgo de violencia en mujeres y adultos mayores víctimas de violencia. *Enfermería Global*, 21(68), 309- 322.
<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v21n68/1695-6141-eg-21-68-309.pdf>

Martínez Pérez, L., Caraballo, A., Pérez, A., Valle, C. (2020). Sentido de pertenencia e inclusión social, desde las expectativas de los estudiantes de nuevo ingreso en la UDO Anaco. *Revista Salud Pública*, 26(4), 472-479.
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-

CAPÍTULO III

Explorando la depresión en el Adulto Mayor: Experiencias desde Cuenca

[01622014000400012#:~:text=se%C3%B1alan%20que%20el%20sentido%20de,las%20dem%C3%A1s%20personas%E2%80%9D%20\(p](#)

Martínez, F. (2021). Dificultades cognitivas asociadas a la solución de un ejercicio de mecánica de fluidos en un contexto de aprendizaje virtual. *Revista Latinoamericana*, 14(1), 121- 134. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-50062021000100121

Martínez, P. (2021). Dificultades cognitivas asociadas a la solución de un ejercicio de mecánica de fluidos en un contexto de aprendizaje virtual. *Revista Latinoamericana*, 14(1), 121- 134. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-50062021000100121

Medellín, M., Rivera, M., López, J., Kanán, M., Rodríguez-Orozco, R. (2001). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Revista Salud Mental*, 35(2), 147-154. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200008

Méndez-Díaza, M., Romero Torres, B. M., Cortés Morelos, J., Ruiz-Contreras, A. E., Prospéro, O. (2019). Neurobiología de las adicciones. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60(1), 2-17. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/v18n1/v18n1a03.pdf>

Mesa, D., Espinosa, Y., Verona, A., Valdés, B., García, I. (2022). Factores asociados a salud y el bienestar en adultos mayores centenarios. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(1), 1- 14. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v38n1/1561-3038-mgi-38-01-e1246.pdf>

Mlaki, E. M., Rugarabamu, P. G., & Kajula, L. J. (2021). Prevalencia de la depresión en adultos mayores en Tanzania. *Revista de Salud Pública*, 23(4), e962. Prevalencia y características de la depresión mayor y la

CAPÍTULO III

Explorando la depresión en el Adulto Mayor: Experiencias desde Cuenca

distimia en atención primaria - PMC. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria - PMC (nih.gov)

Molés, M., Clavero, A., Lucas, M., Folch, A. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años en un área urbana. *Enfermería Global*, 18(55), 1-11.

National Institute of Mental Health [NIMH]. (2023). Depresión. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>

Organización Mundial de la Salud. (s/f). Depresión. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwoa2xBhACEiwA1sb1BJALjg298JwwYLLsaQauh8Q6iY5v-Pu8FGD7rkXkvRVJYj35U-Kt0hoCWLoQAvD_BwE

Ortega-Rabí, Y., Díaz-Pita, G., Pérez-Martín, M., Vilaú-Díaz, J., Azcuy-Pérez, M. (2022). Evaluación del apoyo social en el adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 26(6), 1-11. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v26n6/1561-3194-rpr-26-06-e5786.pdf>

Pacheco, A., Telles, C., Dezordi, M., Dias, E. (2022). Uso y abuso de sustancias en adultos mayores atendidos en Servicios de Salud Mental. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 20(1), 73-84. <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v20n1/1812-9528-iics-20-01-73.pdf>

Parada Muñoz, K., Guapisaca Juca, J. F., & Bueno Pacheco, G. A. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 77-93. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>

Parada, K., Guapizaca, J., Bueno, G. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 77-93.

CAPÍTULO III

Explorando la depresión en el Adulto Mayor: Experiencias desde Cuenca

<http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rcuisrael/v9n2/2631-2786-rcuisrael-9-02-00077.pdf>

Pérez-Padilla,E., Cervantes-Ramírez,V., Hijuelos-García,N., Pineda-Cortés,J., Salgado- Burgos,H.(2020). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 28 (2), 73-98
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-84472017000200073#B1

Raga,V.(2017). Entre la certeza y la duda: a propósito de los orígenes del cogito en la obra de descartes. *Entre la certeza y la duda*,40(4),21-46.
<https://www.scielo.br/j/trans/a/V8FJjx4nV7MGNx3FY4RhhTC/?format=pdf&lang=es>

Rodríguez, M. (2022). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 307-316. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003

Rodríguez-Vargas, M., Pérez-Sánchez, L., Marrero-Pérez, Y., Rodríguez-Ricardo, A., Pérez- Solís,D., Peña-Castillo,Y.(2022). Depresión en la tercera edad. *Revista Archivo Médico de Camagüey*,26,1-16.
<http://scielo.1sld.cu/pdf/amc/v26/1025-0255-amc-26-e8459.pdf>

Rodriguez-Vargas, M., Pérez-Sánchez,L.,Marrero-Pérez,Y., Rodríguez-Ricardo,A., Pérez- Solís,D., Peña-Castillo,Y.(2022). Depresión en la tercera edad. *Revista Archivo Médico de Camagüey*,26,1-16.
<http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v26/1025-0255-amc-26-e8459.pdf>

Romero-Mezarina,F., Dominguez-Lara,S.(2019). ¿Violencia o impacto psicológicos de la violencia? El caso de la plataforma del Ministerio de Educación. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(1),160-161 Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000100160#B4

Sarah J. Tracy (2021). Hacia una conceptualización de la educación musical crítica. Aplicación de los paradigmas científicos, las teorías

CAPÍTULO III

Explorando la depresión en el Adulto Mayor: Experiencias desde Cuenca

curriculares y los modelos didácticos. *Márgenes Revista de Educación de la Universidad de Málaga*, 2(2), 3-24.
<https://doi.org/10.24310/mgnmar.v2i2.10016>

Saraiva,R., Salmazo,H.(2022). Calidad de la atención a la salud de las personas mayores en la atención primaria: una revisión integradora. *Enfermería Global*,21(65),545-560.
<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v21n65/1695-6141-eg-21-65-545.pdf>

Stepanenko, A. (2011). Conciencia y pensamientos de nivel superior. *Revista de Península*, 6(2), 14-16.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-57662011000200001#:~:text=La%20conciencia%20surge%20para%20%C3%A9l,propiedades%20fenom%C3%A9nicas%20y%20propiedades%20intencionales

Stepko, B. (2022). Esto es lo que sientes cuando tienes depresión. AARP. <https://www.aarp.org/espanol/salud/enfermedades-y-tratamientos/info-2022/como-se-siente-tener-depresion.html>

Stepko, M. (2022). Experiencias de la depresión en adultos mayores. *Revista de Gerontología y Geriatria*, 10(2), 100-115. Testimonio de personas que viven con depresión. Testimonio de personas que viven con depresión (aarp.org)

Tobal, J. (2020). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Subjetiva*, 3(1), 10-59.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002

Uhlmann,M., Facchini,L., Nedel,F., Soares,L., Kessler,M., Thumé,M.(2021). Relaciones sociales y supervivencia en la cohorte de adultos mayores. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*,29,1-11.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/W5YcMTpBgcmpqLK99vwBrPf/?format=pdf&lang=es>

CAPÍTULO III

Explorando la depresión en el Adulto Mayor: Experiencias desde Cuenca

Vacacela, J., & Espinoza, L. (2013). Prevalencia de depresión en el adulto mayor que asiste al Centro Municipal. *Gerontológico*, 5, 93-109.

<https://revistas.uees.edu.ec/index.php/IRR/article/view/39/39>

ANEXO A

Datos sociodemográficos

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Instrucción:

Actualmente vive con:

Entrevista (Depresión Adulto mayor)

1. ¿En algún momento de su vida ha sentido que la ausencia de su familia ha afectado su salud mental y emocional?

2. ¿Qué papel piensa que ha jugado las redes de apoyo como la familia, los amigos y los grupos de ayuda en tu recuperación?

3. ¿Cuáles son sus experiencias relacionadas con el maltrato por parte de su familia o por su cuidador?

4. ¿Cuáles son sus creencias sobre las medidas que se deben establecer para prevenir el maltrato a los adultos mayores?

5. ¿Cuándo comenzó a notar un cambio en su estado de ánimo y cómo se manifestó?

6. ¿Qué síntomas de depresión ha experimentado?

7. ¿Cuáles cree que son las estrategias para tomar decisiones en momentos de depresión?

8. ¿En su vida ha experimentado cambios en su estado de ánimo y que ha realizado para poder controlarlos?

9. ¿Cuándo sintió cambios significativos en su vida diaria por tener depresión?

CAPÍTULO IV

EN EL CORAZÓN DEL CUIDADO: LA PERSPECTIVA DE UNA CUIDADORA CUENCANA SOBRE EL ALZHEIMER DE SU PACIENTE



Kevin Andres Peñaranda Rojas
Universidad Politécnica Salesiana
<https://orcid.org/0000-0001-5436-318X>
kpenaranda@est.ups.edu.ec
Cuenca, Ecuador.

Lauro Esteban Cañizares Abril
Universidad Politécnica Salesiana
<https://orcid.org/0000-0002-2835-9563>
lcanizaresa@ups.edu.ec
Cuenca, Ecuador.

Resumen

Introducción: La Enfermedad del Alzheimer (EA) afecta significativamente la calidad de vida del adulto mayor, generando dificultades importantes en su capacidad de independencia y autocuidado, manifestándose en una serie de síntomas complejos tanto cognitivos, como emocionales y comportamentales, cuyo impacto, más allá del experimentado por el paciente, trasciende también hacia su cuidador. **Objetivo:** Analizar la percepción que posee una cuidadora cuencana respecto de un paciente con diagnóstico de EA bajo su cuidado. **Metodología:** Se llevó a cabo un estudio cualitativo fenomenológico por medio de una entrevista semiestructurada conformada de ocho preguntas de respuestas abiertas, aplicada a una cuidadora de 41 años. **Resultado:** El reporte post evaluativo permitió identificar que, para el sujeto de evaluación, el consumo de sustancias, particularmente el tabaco, parece representar un factor de riesgo de alta relevancia para el desarrollo de la EA. Igualmente, se reporta un retraso psicomotor en los miembros inferiores del paciente. En complemento, se destaca la importancia del desarrollo de procesos empáticos, una adecuada atención por parte de los cuidadores en pro de proporcionar la estabilidad al paciente. **Conclusión:** Se propuso un plan de capacitación dirigido a los cuidadores para mejorar su capacidad para comprender y atender eficazmente a las personas con la EA y sus necesidades manifiestas desde las primeras etapas de la enfermedad hasta su fase terminal.

Palabra Clave: Enfermedad de Alzheimer, Percepción del cuidador, empatía, atención, deterioro cognitivo, plan de intervención, factores de riesgo.

At the Heart of Caregiving: A Cuencana Caregiver's Perspective on Her Patient's Alzheimer's Disease

Abstract

Introduction: Alzheimer's disease significantly affects older adults, generating difficulty in the ability to be independent people, causing complex and wide-ranging symptoms at a cognitive and emotional level.

Objective: To understand the perceptions that a Cuenca caregiver has of the patient with Alzheimer's whom she cares for. **Methodology:** A

qualitative phenomenological study was carried out through a semi-structured interview composed of eight open questions, which was directed to a 41-year-old caregiver. **Result:** It was possible to identify as the main finding in this research that substance consumption, in this case tobacco, represents a risk factor for the development of Alzheimer's.

Likewise, it was possible to observe the possibility of a psychomotor delay in the patient's lower limbs. Also, the importance of empathy and attention on the part of caregivers was highlighted to provide stability to the patient. **Conclusion:** A proposal was made for a training plan aimed at caregivers, aimed at improving their ability to understand and effectively care for people with Alzheimer's disease from the early stages of the disease to its terminal phase.

Keywords: caregivers, Alzheimer's, empathy, attention, cognitive impairment

Introducción

El Alzheimer (EA) es un trastorno neurocognitivo que se caracteriza por la paulatina y crónica degeneración neuronal que conduce a la apoptosis o muerte neuronal. Suele manifestarse de forma gradual y los primeros síntomas a menudo se confunden con signos de envejecimiento normativo o lapsos de memoria habituales (Romano et., 2007). En el Ecuador, como en otros países en vías de desarrollo, la prevalencia de EA es significativa, considerando que entre el 60 y el 70% de los casos de demencia reportados en el país son producidos por la enfermedad de Alzheimer. Asimismo, anualmente se registran alrededor de 7.7 millones de nuevos casos de demencia, entiéndase, un nuevo caso cada cuatro segundos (Choez-García et al., 2020). En complemento, la población femenina presenta una prevalencia de alrededor del 65 %, a diferencia de los hombres, con un valor aproximado del 35 %. El 35 % de la población afectada en nuestro país oscila entre los 60 y 65 años, mientras que el 20 % circunda entre los 66 y 71 años respectivamente (Mejía et al, 2021).

Sobre las bases expuestas, este trabajo se centró en los cuidadores de pacientes con EA, incluidos familiares en Cuenca, por representar una población que experimenta la carga psicoemocional y física relacionada con la demanda de necesidades que los pacientes con EA requieren. En un análisis sobre las potenciales causas, la metodología aplicada, en consonancia con la literatura, sugiere la existencia de factores de orden genético subyacentes a la EA en adultos mayores (Atkinson S, 2017; Wung et al., 2020) mismos que parecen integrarse con variables ambientales y sociodemográficas determinadas como el tabaquismo, la baja reserva cognitiva, la obesidad y la diabetes entre otros (Armenteros-Borrell, 2017).

Como se ha expuesto, la EA causa un deterioro cognitivo gradual que altera las manifestaciones conductuales discapacitando al individuo en su desenvolvimiento individual y social, acarreado igualmente

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

alteraciones cognitivas notorias, particularmente nivel de funciones ejecutivas y mnésicas como consecuencia de los procesos de desmielinización identificados nivel hipocampal y cortico-frontal (Chandrashekar et al., 2023).

Se han sugerido dos etapas base en el proceso de desarrollo de la EA: por un lado, el estadio asintomático de pacientes en peligro, y por otro, el estadio presintomático.

El primero implica los eventos patogénicos iniciales y la aparición de las alteraciones cognitivas específicas, condición de posible identificación sobre la base de la presencia de amiloidosis cerebral evidenciada en trazadores específicos de proteína beta-amiloide registrados tanto mediante neuroimagen como a través cambios en el líquido cefalorraquídeo; como concentraciones anómalas de amiloide β 42, tau y fosfatau. No obstante, es crucial destacar que la capacidad predictiva precisa de estos hallazgos aún no ha sido completamente establecida (Allegri et al., 2011).

Por otra parte, el término EA presintomática hace alusión a los sujetos que eventualmente desarrollarán la enfermedad sobre las bases de la predisposición hereditaria, por ende, es predecible únicamente en familias que fueron afectadas por formas monogénicas dominantes con mutaciones específicas (Allegri et al., 2011).

Subsecuentemente, existe una etapa sintomática (predemencia) con presencia de marcadores biológicos en el líquido cefalorraquídeo que refleja el surgimiento de señales clínicas que involucran problemas de memoria episódica con un patrón hipocampal, mismas que, sin embargo, no llegan a ser significantes para diagnosticar demencia (Allegri et al., 2011).

Finalmente, la etapa avanzada implica el desarrollo de signos de deterioro cognitivo que afectan significativamente la memoria episódica

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

en complemento a otras funciones neurocognitivas, tan graves como para afectar el campo individual y social del sujeto (Allegrí et al., 2011).

Cabe mencionar que la llamada EA típica, además de manifestar la sintomatología descrita previamente, afecta de igual manera, facultades como el lenguaje, la motricidad (apraxias), el procesamiento visoperceptivo complejo, así como síntomas neuropsiquiátricos. El diagnóstico se apoya en la presencia de uno o más marcadores biológicos detectables en pruebas en vivo (Allegrí et al., 2011).

Por su parte, la EA atípica describe formas menos frecuentes, pero bien definidas de la enfermedad, como la afasia progresiva primaria no fluida, la afasia logopédica, la variante frontal y la atrofia cortical posterior. Para diagnosticar estas formas clínicas se necesita evidencia en vivo de amiloidosis cerebral o en el líquido cefalorraquídeo (Allegrí et al., 2011).

Complementariamente, la EA mixta se refiere a pacientes con signos y síntomas que están dentro de los criterios diagnósticos de Alzheimer, pero también muestran evidencia clínica y/o biomédica de otros trastornos comórbidos como enfermedad con cuerpos de Lewy o enfermedad cerebrovascular (Allegrí et al., 2011).

Es fundamental comprender no sólo la enfermedad de Alzheimer en sí misma, sino también cómo afecta a la familia. Un reto significativo es el impacto en la vida del paciente, su familia y especialmente en los cuidadores, quienes dedican una cantidad considerable de tiempo a esta labor. Con la progresión de la enfermedad, la incapacidad y la dependencia del paciente aumentan gradualmente, lo que complica aún más las tareas de cuidado.

Conforme progresa la enfermedad, las familias se encuentran con desafíos como la discapacidad, el encamamiento y la pérdida de relaciones compartidas. Esto conlleva cambios en los roles y responsabilidades de los miembros familiares, debido a la

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

interdependencia dentro de un sistema familiar en constante interacción dinámica (Díaz et al., 2026).

Un estudio cualitativo realizado en Costa Rica en 2016 señala que las familias pueden percibir de manera diferente una situación compartida, a pesar de enfrentar circunstancias similares. La mayoría de los comentarios destacan aspectos negativos, reflejando la percepción de que el Alzheimer es una enfermedad devastadora. Los participantes también mencionaron cómo la enfermedad había tenido un profundo impacto en todas las áreas de sus vidas, llevándolos incluso a evitar actividades como visitar amigos o salir a pasear (Díaz et al., 2016).

Además, al explorar cómo perciben los familiares a sus seres queridos enfermos, se observa una regresión en las etapas de la vida, similar a un retorno a la infancia, donde el paciente depende completamente de otros para sus necesidades básicas (Díaz et al., 2016). También se destaca el uso de recursos espirituales como una fuente de consuelo y fortaleza emocional entre las familias (Díaz et al., 2016).

El inicio de la edad adulta mayor comienza generalmente a partir de los 60 años, aunque puede variar. Esta etapa es heterogénea y está marcada por cambios en múltiples dimensiones del ser humano (Alvarado y Salazar, 2014). Es cierto que el envejecimiento es un evento natural en los seres humanos, algo complejo y multidimensional que implica cambios biológicos, psicológicos y sociales en cada individuo a lo largo del tiempo. Aunque incluye cambios celulares y funcionales inherentes, la experiencia del envejecimiento varía según factores individuales, únicos para cada persona y universal para todos los seres humanos. Requiere una adaptación gradual a las transformaciones físicas y cognitivas asociadas con la edad (Alvarado y Salazar, 2014).

El Alzheimer afecta a adultos mayores de 65 años, impactando la memoria, las habilidades cognitivas y eventualmente la capacidad para realizar tareas simples. Según investigaciones en Estados Unidos, se

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

estima que aproximadamente 6 millones de adultos mayores son afectados por esta enfermedad (National Institute on Aging, 2023).

La carga sobre los cuidadores es significativa, como lo demuestra una investigación en Cuenca, donde el 52,9% de los encuestados son cuidadores. De estos, el 29.3% experimenta una carga leve y el 13.6% una carga severa. Esto subraya la necesidad de realizar diagnósticos tempranos e implementar intervenciones para mejorar la calidad del cuidado de las personas con Alzheimer y reducir la carga sobre los cuidadores (Moscoso y Bustos, 2023).

Zhang et al. (2023) realizaron un estudio en Estados Unidos que examinó las roturas de ADN en cerebros postmortem de personas con y sin enfermedad de Alzheimer (EA), utilizando un enfoque cuantitativo. Encontraron que los cerebros afectados por Alzheimer mostraron un aumento significativo de 18 veces en la cantidad de roturas de ADN en comparación con los cerebros de individuos sin la enfermedad. Este descubrimiento sugiere una acumulación de roturas de ADN en lugares genómicos anormales, lo cual podría tener implicaciones en la regulación de la expresión génica.

Reyes et al. (2023) investigaron las percepciones sobre la enfermedad de Alzheimer y las pruebas genéticas predictivas entre familiares en México con riesgo de desarrollar Alzheimer en inicio temprano. Encontraron que la mayoría de los familiares desconocían su riesgo genético y experimentaban estrés relacionado con el rol de cuidadores. Además, algunos expresaron la posibilidad de considerar el suicidio si recibían un resultado positivo a la prueba genética.

Cando et al. (2022) realizaron un análisis sobre los factores que contribuyen a la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con demencia en Ecuador. Subrayan la importancia de identificar y abordar el estrés que enfrentan estos cuidadores, y sugiriendo intervenciones psicosociales para ofrecer apoyo a las familias en esta situación.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Vallejo y Sánchez (2024) llevaron a cabo un estudio de caso clínico que examina de manera integral el tratamiento de un anciano con EA en Ecuador. A pesar de implementar diversas intervenciones terapéuticas, no se observaron mejoras significativas en las deficiencias cognitivas del paciente, aunque sí se notaron mejoras en su estado de ánimo. Los autores sugirieron explorar opciones de intervención alternativas y promover la colaboración interdisciplinaria para abordar este tipo de casos.

También, Añari et al. (2021) investigaron la prevalencia de demencia en Ecuador durante la pandemia de COVID-19, encontrando que fue el 16.51%. Recalaron la importancia de abordar los trastornos neurocognitivos en la región y mejorar los sistemas de detección, diagnóstico y atención para estos casos.

En el área local, Ramírez Coronel et al. (2023) adaptaron y evaluaron la Escala de Conocimiento de la enfermedad de Alzheimer en estudiantes universitarios ecuatorianos. Encontraron que esta herramienta mostraba una buena consistencia interna y fiabilidad, demostrando ser útil para evaluar el conocimiento sobre la EA en esta población.

El objetivo general de esta investigación es llegar a comprender y distinguir las percepciones de los cuidadores de pacientes con Alzheimer en la ciudad de Cuenca durante el año 2024. Para lograr esto, primero se debe fundamentar teóricamente el rol de los cuidadores de pacientes diagnosticados con esta enfermedad y segundo se debe identificar las percepciones específicas de una cuidadora de un paciente con Alzheimer en Cuenca.

Metodología

Enfoque

La investigación adoptará un enfoque cualitativo, mismo que se caracteriza por entender la realidad como una construcción social. Este

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

enfoque se centra en interpretar los significados que las personas atribuyen a sus acciones dentro de un contexto socialmente construido. Tiende a enfocarse especialmente en comprender la realidad desde la perspectiva de los participantes, explorando cómo interpretan y dan sentido a sus experiencias y entorno. La investigación cualitativa implica un proceso interactivo y reflexivo entre el investigador y los sujetos estudiados, con el objetivo de generar una comprensión profunda y holística del fenómeno investigado (Valle et al., 2022).

Paradigma

El paradigma sociocrítico en este estudio se centra en analizar, así como entender, los acontecimientos sociales a través de un enfoque crítico y reflexivo. Este enfoque examina las relaciones de poder, las desigualdades y las dinámicas sociales que subyacen a esos fenómenos. Su objetivo principal es fomentar una comprensión más extensa y profunda de los acontecimientos sociales, cuestionando las ideas tradicionales y dominantes en el área de estudio (Unzueta, 2011).

Diseño de investigación

Se utilizará una investigación fenomenológica, la cual se enfoca en describir cómo los individuos viven y experimentan fenómenos específicos de interés. Esta metodología considera como fuentes de información confiables a las personas que directamente experimentan dichos fenómenos. Según Driessnack et al. (2007), las únicas fuentes adecuadas para responder a este tipo de investigación son las personas que están inmersas en el fenómeno estudiado.

Población y muestra

Se determinó que la población es teóricamente infinita, ya que no se pudo obtener un dato exacto sobre el número total de cuidadores hasta el año 2024. Por lo tanto, se decidió aplicar una encuesta únicamente a cuatro cuidadores de pacientes con Alzheimer. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión y exclusión

En los criterios de inclusión, se realizaron encuestas a ambos géneros de manera equitativa, con dos cuidadores de género femenino y dos de género masculino. Se excluyeron los cuidadores menores de edad, comenzando con adultos de 23 años en adelante.

Técnicas e instrumentos

En esta investigación, se empleó la técnica de la entrevista. Conceptualmente, la entrevista es un método de investigación que implica una intercomunicación directa entre el entrevistador y el entrevistado, con el fin de obtener datos detallados y opiniones sobre un tema en especial (Medina et al., 2023). En este caso, las entrevistas se utilizaron para profundizar en las percepciones de los cuidadores sobre alzheimer en adultos mayores de la ciudad de Cuenca, con el propósito de investigar las experiencias dentro de la muestra estudiada.

En cuanto al instrumento utilizado, se empleó inicialmente una encuesta ad hoc que incluía variables sociodemográficas como: edad (\geq 65 años), sexo (masculino o femenino), estado civil (con pareja o sin pareja), nivel educativo (primaria, secundaria, bachillerato, tercer nivel o cuarto nivel), y con quien vive actualmente (esposa, hijos, nietos, nuera). Posteriormente, se aplicó un cuestionario con 8 preguntas sobre las percepciones de los cuidadores respecto al Alzheimer en adultos mayores. Estas preguntas abordaron temas como las causas (antecedentes familiares y consumo de sustancias) y las consecuencias (atrofias cerebrales y deterioro cognitivo).

Procedimiento

Primero se diseñó una entrevista semiestructurada con ocho preguntas, las cuales fueron fundamentales para la investigación. Posteriormente, se validaron estas preguntas para asegurar que estuvieran alineadas con los objetivos del estudio. Luego, se contactó con

los entrevistados para recolectar los datos necesarios. Finalmente, se llevó a cabo el análisis cualitativo de la información recopilada.

Plan de análisis cualitativo

El plan de análisis cualitativo se aplicó a las entrevistas realizadas y siguió varios pasos detallados. En la etapa inicial, se llevó a cabo la codificación de primer nivel. Se realizó una lectura exhaustiva de las transcripciones de las entrevistas, identificando segmentos significativos que representan ideas, conceptos o temas importantes. Estos segmentos fueron etiquetados con códigos descriptivos que capturaron su esencia. Esta fase inicial fue exploratoria y permitió familiarizarse con los datos, comenzando a identificar patrones emergentes sin imponer una estructura rígida.

Después de completar la codificación de primer nivel, se procedió a la codificación de segundo nivel o axial. En esta fase, se revisaron de manera más profunda y sistemática los códigos iniciales para identificar relaciones entre ellos. Se agruparon códigos similares y se establecieron conexiones que permitieron construir categorías más amplias y comprensivas. La codificación axial integró los datos dispersos en un marco más coherente, facilitando la identificación de temas y subtemas clave. Durante este proceso, se desarrolló una estructura teórica preliminar que explicó los fenómenos observados en las entrevistas.

La siguiente etapa involucró la construcción de redes semánticas. Se crearon representaciones visuales que mostraron cómo los diferentes códigos y categorías estaban interconectados. Este paso fue crucial para visualizar las relaciones complejas entre los temas y subtemas identificados. Al construir una red semántica, se detectaron patrones y estructuras subyacentes en los datos, facilitando una comprensión más holística y detallada del fenómeno estudiado. Estas redes ayudaron a organizar los datos y transmitir los hallazgos de una manera clara y efectiva.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Finalmente, se llevó a cabo la triangulación para asegurar la validez y confiabilidad del análisis cualitativo. Se utilizó una gran variedad de fuentes con datos, métodos, investigadores o teorías para corroborar los hallazgos. Al comparar y contrastar diferentes perspectivas, se identificaron posibles sesgos y se aseguraron conclusiones robustas y bien fundamentadas. La triangulación aportó una capa adicional de rigor al análisis, aumentando la credibilidad y la profundidad de los resultados.

En síntesis, el plan de análisis cualitativo aplicado a las entrevistas incluyó la codificación de primer nivel para identificar segmentos significativos, la codificación de segundo nivel o axial para establecer relaciones y construir categorías, la creación de redes semánticas para visualizar y entender estas relaciones, y la triangulación para garantizar la validez y confiabilidad de los hallazgos. Este enfoque estructurado y riguroso permitió una comprensión profunda y detallada de los fenómenos cualitativos, proporcionando una base sólida para la interpretación y presentación de los resultados.

Resultados

La tabla 1 presentó un análisis de las percepciones de los cuidadores de personas con Alzheimer (PA), basado en una codificación abierta de primer nivel. Esta codificación clasificó las percepciones en diversas subcategorías, cada una con un código específico, y cuantificó el número de marcas de color asociadas a cada subcategoría.

Entre las subcategorías, la Demencia representó el 8,3% del total con 3 marcas. Las Enfermedades Cardíacas (ECC), la Soledad (SLD), la Preocupación por la Salud Mental (PSM), la Lesión de la Médula Espinal (LME) y la Empatía y Compromiso (EYC) tuvieron cada una 2 marca, representando el 5,6% respectivamente. La Amnesia Anterógrada (AAT), la Memoria Retrógrada (MRT), La Memoria Biográfica (MBF), la Confusión (CNF), la Pérdida de Memoria (PDM), la Depresión (DPN), la Ansiedad (ANS), el Consumo de Sustancias (CDS), el Deterioro del Sistema Nervioso

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente (DSV), el Deterioro de la Comunicación (DDC), la Pérdida de Apetito (PDA), el Apego Evitativo (AET), la Preocupación por la Atención (PPA), la Preocupación por el Bienestar (PPB), el Deterioro Cognitivo (DCV), los Delirios y Alucinaciones (DYA), la Nostalgia (NTG), la Paciencia y Preocupación (PYP), las Emociones de Tristeza (EDT), la Experiencia (EXP) y el Éxito (EXT) tuvieron cada una 1 marca, representando el 2.8% respectivamente.

En total, se registraron 28 marcas de color, distribuidas entre las distintas subcategorías antes mencionadas. Esto proporcionó un panorama detallado de las diversas percepciones de los cuidadores hacia los pacientes con Alzheimer (Tabla 1).

Tabla 1.

Codificación de primer nivel (abierto) sobre las percepciones de una cuidadora de un paciente con Alzheimer de la ciudad de Cuenca.

CODIFICACIÓN DE PRIMER NIVEL			Total, de Marcas de Color	
Categoría	Subcategorías	Códigos	n	%
Percepciones de los cuidadores de personas con Alzheimer (PCA)	Amnesia Anterógrada	(AAT)	1	2,8
	Memoria retrógrada	(MRT)	1	2,8
	Memoria Episódica	(MEP)	1	2,8
	Memoria Biográfica	(MBF)	1	2,8
	Confusión	(CNF)	1	2,8
	Pérdida de memoria	(PDM)	1	2,8
	Demencia	(DMS)	3	8,3
	Depresión	(DPN)	1	2,8
	Ansiedad	(ANS)	1	2,8

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Consumo de sustancias	(CDS)	1	2,8
Deterioro del sistema nervioso	(DSV)	1	2,8
Enfermedades cardíacas	(ECC)	2	5,6
Deterioro de la comunicación	(DDC)	1	2,8
Pérdida de apetito	(PDA)	1	2,8
Apego evitativo	(AET)	1	2,8
Soledad	(SLD)	2	5,6
Preocupación por la atención	(PPA)	1	2,8
Preocupación por la salud mental	(PSM)	2	5,6
Preocupación por el bienestar	(PPB)	1	2,8
Lesión de la médula espinal	(LME)	2	5,6
Deterioro cognitivo	(DCV)	1	2,8
Delirios y alucinaciones	(DYA)	1	2,8
Empatía y compromiso	(EYC)	2	5,6
Nostalgia	(NTG)	1	2,8
Paciencia y preocupación	(PYP)	1	2,8
Emociones de tristeza	(EDT)	1	2,8

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuenicana sobre el Alzheimer de su Paciente

Experiencia	(EXP)	1	2,8
Éxito	(EXT)	1	2,8
Total		35	100

La tabla 2 proporciona un análisis detallado de las percepciones de los cuidadores de personas con Alzheimer (PA), enfocándose en las coincidencias y discordancias de las experiencias observadas en varias categorías y subcategorías. Esta tabla muestra cómo se densificaron estas percepciones a través de ejemplos específicos.

En la categoría Memoria Anterógrada (AAT) se encontró que los cuidadores se dieron cuenta de que la persona con Alzheimer se fue olvidando poco a poco de los acontecimientos actuales. En la Memoria Retrógrada (MRT) los cuidadores notaron que la persona a quien cuidaban empezó a hablar solo de las cosas del pasado. De igual manera, en la Memoria Episódica (MEP) los cuidadores notaron que la persona con Alzheimer comenzó a decir los nombres de sus familiares y otros nombres más no el que correspondía a tal persona. En la Memoria Biográfica (MBF) los cuidadores comentaron que se fue olvidando por completo de las personas, de cómo se llamaban, se olvidó de su familia.

En la categoría Confusión (CNF) la hija cuidadora de la persona con Alzheimer notó que su papá empezó a decir los nombres de su hijo y otros nombres, aparentemente sin motivo alguno. En la Pérdida de Memoria (PDM) se observó cómo fue perdiendo cada vez más la memoria en cuanto a acontecimientos actuales. En la Demencia (DMC) se destacó cómo la persona se olvidaba por completo de las personas y que empezó a tener lagunas mentales, diciendo también cosas sin sentido.

En la Depresión (DPN) los cuidadores notaron que hablaba de cosas del pasado, con más frecuencia, de personas que ya no estaban con vida. En la Ansiedad (ANS) los cuidadores comentaron que se alteraba, se sentía decaído y se sentía decaído y en ocasiones no dormía por un día

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

entero. En cuanto al Consumo de Sustancias (CDS) los cuidadores manifestaron que tenían conocimiento de que ciertas sustancias atacaban al sistema nervioso al igual que provocaba un Deterioro del Sistema Nervioso (DSV).

En cuanto la categoría de Enfermedades Cardíacas (ECC) los cuidadores comentaron que la persona a quien cuidaban era mayor y que no consumía alimentos sanos. En el Deterioro de la Comunicación (DDC) los cuidadores mencionan que la persona con Alzheimer no tenía apego con ninguno de los hijos. En la categoría de Pérdida de Apetito (PDA) se observa que dejó de alimentarse adecuadamente. En el Apego Evitativo (AET) según los cuidadores, la persona a quien cuidaban seguía sin apegarse a sus hijos. En cuanto a la Soledad (SLD) se destaca que vivía solo.

En la categoría de Preocupación por la Atención (PPA) se observó que los cuidadores acudieron a la doctora de confianza de la familia y la doctora detectó el Alzheimer en la persona, y la doctora la mandó médicamente como la ultibrol. En la Preocupación por la Salud Mental (PSM) los cuidadores procuraron mantener la salud de la persona con Alzheimer, llevándola al médico. En la Preocupación por el Bienestar (PPB) los cuidadores manifestaron preocupación por el estado de completo bienestar de la persona con Alzheimer, mencionando que no podía caminar, que tenía miedo, le duelen las piernas, pasa acostado, mostrando de esta manera su malestar.

En la categoría de Lesión de la Médula Espinal (LME) es asociada por los cuidadores como el hecho que no puede caminar. En el Deterioro Cognitivo (DCV) los cuidadores comentaron que la persona a quien cuidaban fue perdiendo cada vez más la memoria. En la categoría de Delirios y Alucinaciones (DYA) se observó que los pacientes notaban que la persona con Alzheimer decía cada vez más cosas sin sentido.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

La categoría de Empatía y Compromiso (EYC) mostró las sugerencias de los cuidadores, en cuanto a tener paciencia a las personas con Alzheimer, darles de comer adecuadamente, evitando otras enfermedades físicas que repercuten en su enfermedad cerebral. En cuanto a la Nostalgia (NTG) una de las cuidadoras, mostró emociones tristes y de nostalgia al compartir su experiencia y conocimiento. En la Paciencia y Preocupación (PYP) Los cuidadores destacaron que era primordial tenerles paciencia y tener en cuenta los cuidados básicos, evitando problemas a futuro.

En la categoría de Emociones de Tristeza (EDT) se observó la nostalgia y tristeza en la experiencia de la cuidadora. En la Experiencia (EXP) se observó que la cuidadora a quien fue realizada la entrevista tenía un buen conocimiento acerca de cómo fue la evolución de la enfermedad. Finalmente, en la categoría de Éxito (EXT) se destacan los resultados favorables, acordes a las preguntas realizadas en la entrevista y el consentimiento completo de la cuidadora.

Tabla 2.

Densificación sobre la percepción de una cuidadora de un paciente con Alzheimer de la ciudad de Cuenca

Densificación			
Categoría	Subcategorías	Códigos	Coincidencias
Percepciones de los cuidadores de personas con Alzheimer (PCA)	Amnesia Anterógrada	(AAT)	Poco a poco se fue olvidando de las cosas actuales
	Memoria retrograda	(MRT)	Empezó a hablar solo de cosas del pasado.
	Memoria Episódica	(MEP)	Mi papá comenzó a decir los nombres de mi hijo, otros nombres, no el nombre que correspondía

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Memoria Biográfica	(MBF)	Se fue olvidando por completo de las personas, de cómo se llamaba, de su propia familia
Confusión	(CNF)	Mi papá comenzó a decir los nombres de mi hijo, otros nombres
Pérdida de memoria	(PDM)	Poco a poco se fue olvidando de las cosas actuales
Demencia	(DMC)	Hablar solo de cosas del pasado. Se fue olvidando por completo de las personas, de cómo se llamaba. A veces tiene lagunas mentales, pero dice cosas sin sentido.
Depresión	(DPN)	hablaba solo del pasado con más frecuencia.
Ansiedad	(ANS)	Se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche.
Consumo de sustancias	(CDS)	Esto ataca más al sistema nervioso.
Deterioro del sistema Nervioso	(DSV)	Esto ataca más al sistema nervioso.
Enfermedades cardíacas	(ECC)	La alimentación de él no era tan buena porque él es una persona mayor, pero ningún alimento sano.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Deterioro de la comunicación	(DDC)	No se arrimaba a ninguno de los hijos y la comida de él fue simplemente
Pérdida de Apetito	(PDA)	La alimentación de él no era tan buena
Apego Evitativo	(AET)	No se arrimaba a ninguno de los hijos
Soledad	(SLD)	Mi papá vivía solo. La comida de él fue simplemente sopa, colada, pero ningún alimento sano.
Preocupación por la atención	(PPA)	No, realmente con un especialista no, porque acudimos a la doctora con la que él siempre se atendía y ella le detectó Alzheimer y le mandó solo un medicamento, que es la ultibrol.
Preocupación por la Salud Mental	(PSM)	Acudimos a la doctora con la que él siempre se atendía y ella le detectó Alzheimer
Preocupación por el Bienestar	(PPB)	Mi papá, totalmente, él no puede caminar, él tiene miedo, le duelen las piernas y se le caen, por ejemplo, mi papá pasa acostado, solo en cama, a veces se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Lesión de la médula Espinal	(LME)	Él no puede caminar, él tiene miedo, le duelen las piernas y se le caen, por ejemplo, mi papá pasa acostado, solo en cama
Deterioro Cognitivo	(DCV)	Comenzaba a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria.
Delirios y Alucinaciones	(DYA)	Era raro, porque él comenzaba a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria. A veces tiene lagunas mentales, pero dice cosas sin sentido.
Empatía y Compromiso	(EYC)	Tenerles paciencia y darles de comer así sea a la fuerza porque ellos lo necesitan. Que no les dé otra enfermedad.
Nostalgia	(NTG)	Al ser la hija, tenía la voz entrecortada por la emoción de nostalgia al compartir su experiencia y conocimiento
Paciencia y preocupación	(PYP)	Tenerles paciencia y darles de comer así sea a la fuerza porque ellos lo necesitan. Así no deseen comer más, se necesita presionarlos para que no les dé otra enfermedad.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Emociones de Tristeza	(EDT)	La persona a quien se realizó la entrevista tenía un buen conocimiento acerca de cómo fue la evolución de la persona con Alzheimer a quien cuidaba, al ser la hija, tenía la voz entrecortada por la emoción de nostalgia al compartir su experiencia y conocimiento en las preguntas realizadas, finalmente la entrevista tuvo resultados exitosos concorde a las preguntas y el consentimiento completo de la cuidadora para exponer sus respuestas.
Experiencia	(EXP)	La persona a quien se realizó la entrevista tenía un buen conocimiento acerca de cómo fue la evolución
Éxito	(EXT)	Finalmente, la entrevista tuvo resultados exitosos, acorde a las preguntas y el consentimiento completo de la cuidadora

En la Tabla 3 se presentó una codificación de segundo nivel (axial) de las percepciones de los cuidadores de personas con Alzheimer (PA). En esta tabla se clasificaron las categorías, subcategorías y códigos iniciales, se observaron los cambios realizados (como fusiones y recodificaciones) y se registraron las frases representativas asociadas a cada código.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

La subcategoría de Amnesia Retrógrada (AAT) se mantiene, con la frase “Poco a poco se fue olvidando de las cosas actuales”. En la subcategoría de Memoria Retrógrada (MRT) se fusionó con Demencia (DMC). Las frases respectivas fueron: Empezó a hablar solo de cosas del pasado y era raro, porque él comenzaba a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria. A veces tiene lagunas mentales, pero dice cosas sin sentido.

La categoría de Memoria Episódica (MEP) se fusionó con Confusión (CNF). Las frases respectivas fueron: Mi papá comenzó a decir los nombres de mi hijo, otros nombres, no el nombre que correspondía y Mi papá comenzó a decir los nombres de mi hijo, otros nombres.

La subcategoría Memoria Biográfica (MBF) se fusionó con “Pérdida de Memoria” (PDM). Las frases respectivas fueron: Se fue olvidando por completo de las personas, de cómo se llamaba, de su propia familia y poco a poco se fue olvidando de las cosas actuales.

La subcategoría Confusión (CNF) se fusionó con Memoria Episódica (MEP). Las frases respectivas fueron: Mi papá comenzó a decir los nombres de mi hijo, otros nombres y Mi papá comenzó a decir los nombres de mi hijo, otros nombres, no el nombre que correspondía.

La subcategoría Pérdida de Memoria (PDM) se fusionó con Delirios y Alucinaciones (DYA). Las frases respectivas fueron: Poco a poco se fue olvidando de las cosas actuales” y comenzó a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria:.

La subcategoría Demencia (DMC) se fusionó con Deterioro Cognitivo (DCV). Las frases respectivas fueron: Era raro, porque él comenzaba a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria. A veces tiene lagunas mentales, pero dice cosas sin sentido. Comenzaba a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

La subcategoría Depresión (DPN) se fusionó con Emociones de Tristeza (EDT). Las frases respectivas fueron: Hablaba solo del pasado con más frecuencia y La persona a quien se realizó la entrevista tenía un buen conocimiento acerca de cómo fue la evolución de la persona con Alzheimer a quien cuidaba, al ser la hija, tenía la voz entrecortada por la emoción de nostalgia al compartir su experiencia y conocimiento en las preguntas realizadas, finalmente la entrevista tuvo resultados exitosos concorde a las preguntas y el consentimiento completo de la cuidadora para exponer sus respuestas.

La subcategoría Ansiedad (ANS) fusionó Preocupación por el Bienestar (PPB), con la recodificación. Las respectivas frases fueron: se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche y mi papá, totalmente él no puede caminar, él tiene miedo, le duelen las piernas y se le caen, por ejemplo, mi papá pasa acostado, solo en cama, a veces se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche.

La subcategoría Consumo de Sustancias (CDS) se fusionó con Deterioro del Sistema Nervioso (DSV). Las frases respectivas fueron: esto ataca más al sistema nervioso. La subcategoría Deterioro del Sistema Nervioso (DSV) se fusionó con Consumo de Sustancias (CDS). Las frases respectivas fueron: esto ataca más al sistema nervioso.

La subcategoría Enfermedades Cardíacas (ECC) se fusionó con Pérdida de Apetito (PDA). Las frases respectivas fueron: la alimentación de él no era tan buena porque él es una persona mayor, pero ningún alimento sano. La alimentación de él no era tan buena.

La subcategoría Deterioro de la Comunicación (DDC) se fusionó con Apego Evitativo (AET). Las frases respectivas fueron: no se arrimaba a ninguno de los hijos y la comida de él fue simplemente. No se arrimaba a ninguno de los hijos.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

La subcategoría Pérdida de Apetito (PDA) se fusionó con Enfermedades Cardíacas (ECC). Las frases respectivas fueron: La alimentación de él no era tan buena, la alimentación de él no era tan buena porque él es una persona mayor, pero ningún alimento sano.

La subcategoría Apego Evitativo (AET) se fusionó con Deterioro de la Comunicación (DCC). Las frases respectivas fueron: No se arrimaba a ninguno de los hijos. No se arrimaba a ninguno de los hijos y la comida de él fue simplemente.

La subcategoría Soledad (SLD) se fusionó con Preocupación por el Bienestar (PPB). Las frases respectivas fueron: Mi papá vivía solo. La comida de él fue simplemente alguna sopa, colada, pero ningún alimento sano. Mi papá, totalmente, él no puede caminar, él tiene miedo, le duelen las piernas y se le caen, por ejemplo, mi papá pasa acostado, solo en cama, a veces se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche.

La subcategoría Preocupación por la Atención (PPA) se fusionó con Preocupación por la Salud Mental (PSM), con la recodificación. Las respectivas frases fueron: realmente, con un especialista no, porque acudimos a la doctora con la que él siempre se atendía y ella le detectó Alzheimer y le mandó solo un medicamento, lo que es la ultibrol. Acudimos a la doctora con la que él siempre se atendía y ella le detectó Alzheimer

La subcategoría Preocupación por la Salud Mental (PSM) se fusionó con Empatía y Compromiso (EYC), con la recodificación (). Las frases respectivas fueron: Acudimos a la doctora con la que él siempre se atendía y ella le detectó Alzheimer. Tenerles paciencia y darles de comer así sea a la fuerza porque ellos lo necesitan. Que no les dé otra enfermedad.

La subcategoría Preocupación por el Bienestar (PPB) se fusionó con Ansiedad (ANS), con la recodificación (). Las frases respectivas fueron: Mi

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

papá, totalmente él no puede caminar, él tiene miedo, le duelen las piernas y se le caen, por ejemplo, mi papá pasa acostado, solo en cama, a veces se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche. Se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche.

La subcategoría Lesión de la Médula Espinal (LME) se fusionó con Preocupación por el Bienestar (PPB), con la recodificación (). Las frases respectivas fueron: Mi papá, totalmente él no puede caminar, él tiene miedo, le duelen las piernas y se le caen, por ejemplo, mi papá pasa acostado, solo en cama. A veces se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche. Él no puede caminar, tiene miedo, le duelen las piernas y se le caen, por ejemplo, mi papá pasa acostado, solo en cama.

La subcategoría Deterioro Cognitivo (DCV) se fusionó con Delirios y Alucinaciones (DYA), con la recodificación (). Las frases respectivas fueron: comenzando a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria. Era raro, porque él comenzaba a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria. A veces tiene lagunas mentales, pero dice cosas sin sentido.

La subcategoría Delirios y Alucinaciones (DYA) se fusionó con Demencia (DMC), con la recodificación (). Las frases respectivas fueron: más la memoria. Era raro, porque él comenzaba a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria. A veces tiene lagunas mentales, pero dice cosas sin sentido. Era raro, porque él comenzaba a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria. A veces tiene lagunas mentales, pero dice cosas sin sentido.

La subcategoría Empatía y Compromiso (EYC) se fusionó con Paciencia y Preocupación (PYP), con la recodificación (). Las frases respectivas fueron: Tenerles paciencia y darles de comer así sea a la fuerza porque

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

ellos lo necesitan. Que no les de otra enfermedad. Tenerles paciencia y darles de comer así sea a la fuerza porque ellos lo necesitan así no deseen comer más se necesita presionarlos para que no les dé otra enfermedad.

La subcategoría Nostalgia (NTG) se fusionó con Emociones de Tristeza (EDT), con la recodificación (). Las frases respectivas fueron: Al ser la hija, tenía la voz entrecortada por la emoción de nostalgia al compartir su experiencia y conocimiento.

La persona a quien se realizó la entrevista tenía un buen conocimiento acerca de cómo fue la evolución de la persona con Alzheimer a quien cuidaba, al ser la hija, tenía la voz entrecortada por la emoción de nostalgia al compartir su experiencia y conocimiento en las preguntas realizadas, finalmente la entrevista tuvo resultados exitosos concorde a las preguntas y el consentimiento completo de la cuidadora para exponer sus respuestas.

La subcategoría Paciencia y Preocupación (PYP) se fusionó con Empatía y Compromiso (EYC), con la recodificación (). Las frases respectivas fueron: Tenerles paciencia y darles de comer y así sea a la fuerza porque ellos lo necesitan así no deseen comer más. Se necesita presionarlos para que no les de otra enfermedad. Tenerles paciencia y darles de comer así sea a la fuerza porque ellos lo necesitan. Que no les dé otra enfermedad.

La subcategoría Emociones de Tristeza (EDT) se fusionó con Nostalgia (NTG), con la recodificación (). Las frases respectivas fueron: La persona a quien se realizó la entrevista tenía un buen conocimiento acerca de cómo fue la evolución de la persona con Alzheimer a quien cuidaba, al ser la hija, tenía la voz entrecortada por la emoción de nostalgia al compartir su experiencia y conocimiento en las preguntas realizadas, finalmente la entrevista tuvo resultados exitosos concorde a las preguntas y el consentimiento completo de la cuidadora para exponer sus respuestas.

Al ser la hija, tenía la voz entrecortada por la emoción de nostalgia al compartir su experiencia y conocimiento.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

La subcategoría Experiencia (EXP) se fusionó con Preocupación por el Bienestar (PPB), con la recodificación (). Las frases respectivas fueron: La persona a quien se realizó la entrevista tenía un buen conocimiento acerca de cómo fue la evolución. Mi papá, totalmente él no puede caminar, él tiene miedo, le duelen las piernas y se le caen, por ejemplo, mi papá pasa acostado, solo en cama, a veces se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche.

La subcategoría Éxito (EXT) se mantiene con la frase respectiva que fue: finalmente la entrevista tuvo resultados exitosos acordes a las preguntas y el consentimiento completo de la cuidadora.

Tabla 3.

Codificación de segundo nivel (Axial) sobre las percepciones de una cuidadora de una persona con Alzheimer

Categoría	Subcategorías	Códigos	Cambios	Subcategoría Final	Recodificación	Frases
Percepciones de los cuidadores de personas con Alzheimer (PA)	Amnesia Anterógrada	(AAT)	Se mantiene	Amnesia Anterógrada	AAT	Poco a poco se fue olvidando de las cosas actuales.
	Memoria retrógrada	(MRT)	Fusionó	Demencia	MDC	Empezó a hablar solo de cosas del pasado. Era raro, porque él comenzaba a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria. A veces tiene lagunas mentales, pero dice cosas sin sentido.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Memoria Episódica	(MEP)	Fusionó	Confusión	MCF	Mi papá comenzó a decir los nombres de mi hijo, otros nombres, no el nombre que correspondía. Mi papá comenzó a decir los nombres de mi hijo, otros nombres
Memoria Biográfica	(MBF)	Fusionó	Pérdida de memoria	MFN	Se fue olvidando por completo de las personas, de cómo se llamaba, de su propia familia. Poco a poco se fue olvidando de las cosas actuales.
Confusión	(CNF)	Fusionó	Memoria Episódica	CME	Mi papá comenzó a decir los nombres de mi hijo, otros nombres. Mi papá comenzó a decir los nombres de mi hijo, otros nombres, no el nombre que correspondía.
Pérdida de memoria	(PDM)	Fusionó	Delirios y Alucinaciones	PDA	Poco a poco se fue olvidando de las cosas actuales. Comenzaba a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Demencia (DMC) Fusionó Deterioro Cognitivo DCT

Era raro, porque él comenzaba a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria. A veces tiene lagunas mentales, pero dice cosas sin sentido. Comenzaba a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria.

Depresión (DPN) Fusionó Emociones de Tristeza DET

Hablaba del pasado con más frecuencia. La persona a quien se realizó la entrevista tenía un buen conocimiento acerca de cómo fue la evolución de la persona con Alzheimer a quien cuidaba, al ser la hija, tenía la voz entrecortada por la emoción de nostalgia al compartir su experiencia y conocimiento en las preguntas realizadas, finalmente la entrevista tuvo resultados exitosos concorde a las preguntas y el consentimiento completo de la cuidadora para exponer sus respuestas.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Ansiedad	(ANS)	Fusionó	Preocupación por el Bienestar	APB	se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche. Mi papá, totalmente, él no puede caminar, él tiene miedo, le duelen las piernas y se le caen, por ejemplo, mi papá pasa acostado, solo en cama, a veces se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche.
Consumo de sustancias	(CDS)	Fusionó	Deterioro del sistema Nervioso	CDS	Esto ataca más al sistema nervioso.
Deterioro del sistema Nervioso	(DSV)	Fusionó	Consumo de sustancias	DCS	Esto ataca más al sistema nervioso.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Enfermedades cardíacas	(ECC)	Fusionó	Pérdida de Apetito	EPA	la alimentación de él no era tan buena porque él es una persona mayor, pero ningún alimento sano. La alimentación de él no era tan buena
Deterioro de la comunicación	(DDC)	Fusionó	Apego Evitativo	DAE	no se arrimaba a ninguno de los hijos y la comida de él fue simplemente. No se arrimaba a ninguno de los hijos
Pérdida de Apetito	(PDA)	Fusionó	Enfermedades cardíacas	PEC	La alimentación de él no era tan buena, la alimentación de él no era tan buena porque él es una persona mayor, pero ningún alimento sano.
Apego Evitativo	(AET)	Fusionó	Deterioro de la comunicación	ADC	No se arrimaba a ninguno de los hijos. No se arrimaba a ninguno de los hijos y la comida de él fue simplemente.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Soledad (SLD) Fusionó Preocupación por el Bienestar SPB

Mi papá vivía solo. La comida de él fue simplemente sopa, colada, pero ningún alimento sano. Mi papá, totalmente, él no puede caminar, él tiene miedo, le duelen las piernas y se le caen, por ejemplo, mi papá pasa acostado, solo en cama, a veces se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche.

Preocupación por la atención (PPA) Fusionó Preocupación por la Salud Mental PSM

No, realmente con un especialista no, porque acudimos a la doctora con la que él siempre se atendía y ella le detectó Alzheimer y le mandó solo un medicamento, que es la ultibro.

Acudimos a la doctora con la que él siempre se atendía y ella le detectó Alzheimer

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Preocupación por la Salud Mental	(PSM)	Fusionó	Empatía y Compromiso	PYE	Acudimos a la doctora con la que él siempre se atendía y ella le detectó Alzheimer. Tenerles paciencia y darles de comer así sea a la fuerza porque ellos lo necesitan. Que no les dé otra enfermedad.
Preocupación por el Bienestar	(PPB)	Fusionó	Ansiedad	PAD	Mi papá, totalmente, él no puede caminar, él tiene miedo, le duelen las piernas y se le caen, por ejemplo, mi papá pasa acostado, solo en cama, a veces se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche. Se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Lesión de la
médula
Espinal

(LME)

Fusionó

Preocupación
por el
Bienestar

LPB

Mi papá, totalmente, él no puede caminar, él tiene miedo, le duelen las piernas y se le caen, por ejemplo, mi papá pasa acostado, solo en cama, a veces se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche. Él no puede caminar, él tiene miedo, le duelen las piernas y se le caen, por ejemplo, mi papá pasa acostado, solo en cama.

Deterioro
Cognitivo

(DCV)

Fusionó

Delirios y
Alucinaciones

DDA

Comenzaba a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria. Era raro, porque él comenzaba a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria. A veces tiene lagunas mentales, pero dice cosas sin sentido.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Delirios y Alucinaciones	(DYA)	Fusionó	Demencia	DDC	más la memoria. Era raro, porque él comenzaba a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria. A veces tiene lagunas mentales, pero dice cosas sin sentido. Era raro, porque él comenzaba a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria. A veces tiene lagunas mentales, pero dice cosas sin sentido.
Empatía y Compromiso	(EYC)	Fusionó	Paciencia y preocupación	EPP	Tenerles paciencia y darles de comer así sea a la fuerza porque ellos lo necesitan. Que no les dé otra enfermedad. Tenerles paciencia y darles de comer así sea a la fuerza porque ellos lo necesitan. Así no deseen comer más, se necesita presionarlos para que no les dé otra enfermedad.

Nostalgia (NTG) Fusionó Emociones de Tristeza NET

Al ser la hija, tenía la voz entrecortada por la emoción de nostalgia al compartir su experiencia y conocimiento. La persona a quien se realizó la entrevista tenía un buen conocimiento acerca de cómo fue la evolución de la persona con Alzheimer a quien cuidaba, al ser la hija, tenía la voz entrecortada por la emoción de nostalgia al compartir su experiencia y conocimiento en las preguntas realizadas, finalmente la entrevista tuvo resultados exitosos concorde a las preguntas y el consentimiento completo de la cuidadora para exponer sus respuestas.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Paciencia y
preocupación

(PYP)

Fusionó

Empatía y
Compromiso

PPC

Tenerles paciencia y darles de comer así sea a la fuerza porque ellos lo necesitan. Así no deseen comer más, se necesita presionarlos para que no les dé otra enfermedad. Tenerles paciencia y darles de comer así sea a la fuerza porque ellos lo necesitan. Que no les dé otra enfermedad.

Emociones de
Tristeza

(EDT)

Fusionó

Nostalgia

ETN

La persona a quien se realizó la entrevista tenía un buen conocimiento acerca de cómo fue la evolución de la persona con Alzheimer a quien cuidaba, al ser la hija, tenía la voz entrecortada por la emoción de nostalgia al compartir su experiencia y conocimiento en las preguntas realizadas, finalmente la entrevista tuvo resultados exitosos concorde a las preguntas y el consentimiento completo de la cuidadora para exponer sus respuestas. Al ser la hija, tenía la voz entrecortada por la emoción de nostalgia al compartir su experiencia y conocimiento.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Experiencia (EXP) Fusionó Preocupación por el Bienestar EPB

La persona a quien se realizó la entrevista tenía un buen conocimiento acerca de cómo fue la evolución. Mi papá, totalmente, él no puede caminar, él tiene miedo, le duelen las piernas y se le caen, por ejemplo, mi papá pasa acostado, solo en cama, a veces se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche.

Éxito (EXT) Se mantiene Éxito EXT

Finalmente, la entrevista tuvo resultados exitosos acordes a las preguntas y el consentimiento completo de la cuidadora

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

En la figura (1) podemos observar la relación entre las categorías y subcategorías mostradas en las tablas anteriormente por medio de una red semántica.

Podemos observar que la categoría Amnesia Anterógrada (AAT) no se relaciona con ninguna otra categoría. La categoría Memoria Retrógrada (MRT) tiene una correlación con Demencia (DMC) la cual se correlaciona también con Delirios y Alucinaciones (DYA). A la categoría Delirios y Alucinaciones (DYA) se correlacionan Pérdida de Memoria (PDM) a la cual se correlaciona Memoria Biográfica (MBF), y Deterioro Cognitivo (DCV) a la cual se correlaciona Demencia (DMC).

La categoría Ansiedad tiene una correlación con Preocupación por el Bienestar (PPB) la cual tiene una correlación con Soledad (SLD), Experiencia (EXP) y Lesión de la Médula Espinal (LME).

La categoría Consumo de Sustancias (CDS) tiene una correlación con Deterioro del Sistema Nervioso (DSV). La categoría Enfermedades Cardíacas (ECC) tiene una correlación con Pérdida de Apetito (PDA). La categoría Memoria Episódica (MEP) tiene una correlación con Confusión (CNF). La categoría Deterioro de la Comunicación (DDC) tiene una correlación con Apego Evitativo (AET).

La categoría Depresión (DPN) tiene relación con Emociones de Tristeza (EDT), la cual tiene una correlación con Nostalgia (NTG). La categoría Preocupación por la Atención (PPA) tiene una correlación con Preocupación por la Salud Mental (PSM) misma que tiene correlación con Empatía y Compromiso (EYC) que también se correlaciona con Paciencia y Preocupación (PYP). Finalmente, la categoría Éxito (EXT) no tiene ninguna relación ni correlación con otra categoría

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

En cuanto a la Memoria Retrógrada, se menciona que el individuo empezó a hablar solo de cosas del pasado. Esto refuerza la idea de que esta es la amnesia para los acontecimientos previos al evento causal.

Para la Memoria Episódica, se menciona que el padre comenzó a decir nombres incorrectos, como nombres de su hijo y otros nombres, no el nombre que correspondía. Esto sugiere la presencia de memoria para recordar solo momentos, lugares, emociones y detalles de la vida.

En la Memoria Biográfica, se menciona que el individuo se fue olvidando por completo de las personas, de cómo se llamaba y de su propia familia. Poco a poco se fue olvidando de las cosas actuales. Esto resalta la capacidad de recordar solo fragmentos de experiencias vividas.

En la subcategoría de Confusión, se menciona que el padre comenzó a decir los nombres de su hijo. Poco a poco se fue olvidando de las cosas actuales. Esto sugiere que el paciente empezó a ser incapaz de pensar o razonar de una manera enfocada y clara.

Sobre la pérdida de memoria, se menciona que era raro porque comenzaba a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria. A veces tiene lagunas mentales, pero dice cosas sin sentido. Poco a poco se fue olvidando de las cosas actuales. Esto indica un olvido inusual, ya que no es capaz de recordar nuevos hechos o recuerdos.

En el caso de la Demencia, se describe que el individuo habla solo de cosas del pasado. Se fue olvidando por completo de las personas y de cómo se llamaba. A veces tiene lagunas mentales, pero dice cosas sin sentido. Se fue perdiendo más y más la memoria. Esto sugiere que el Alzheimer afecta a la memoria, el pensamiento y la capacidad para realizar actividades cotidianas.

Para la Depresión, se observa que la persona entrevistada tenía un buen conocimiento sobre cómo fue la evolución del individuo con Alzheimer a quien cuidaba, ya que era su hija. Finalmente, la entrevista

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

tuvo resultados exitosos al corresponder a las preguntas y el consentimiento completo de la cuidadora para exponer sus respuestas. Se menciona que hablaba solo del pasado con más frecuencia. Esto indica que se presentan cambios de humor y ánimo en la persona, llegando a formar parte de las enfermedades psiquiátricas.

En cuanto a la Ansiedad, se menciona que el padre, totalmente enfermo, no puede caminar, tiene miedo, le duelen las piernas y se le caen. Por ejemplo, mi papá pasa asustado, solo en la cama, a veces se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche. Se observa que la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche. Esto muestra sentimientos de miedo, temor o inquietud.

Asimismo, en el Consumo de Sustancias, se menciona que esto ataca más al sistema nervioso y causa cierto deterioro neuronal, que se da como consecuencia del consumo de una sustancia en específico.

Tabla 5.

Triangulación metodológica de las percepciones de una cuidadora de un paciente con Alzheimer

Tabla X Triangulación metodológica		
Triangulación metodológica		
Categoría: Percepciones de Cuidadores de Personas con Alzheimer		
<u>Subcategoría</u>	<u>Resultados</u>	<u>Interpretación</u>
	Revisor 1	Revisor 2
Amnesia Anterógrada	se fue olvidando de las cosas actuales	Es incapaz de almacenar nuevas memorias (Sierra et al., 2014)

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Memoria retrógrada	Empezó a hablar solo de cosas del pasado.	Hablar solo de cosas del pasado. Se fue olvidando por completo de las personas, de cómo se llamaba. A veces tiene lagunas mentales, pero dice cosas sin sentido. Se fue perdiendo más y más la memoria.	Es la amnesia para los acontecimientos previos al evento causal (Basqués et al., 2003)
Memoria Episódica	Mi papá comenzó a decir los nombres de mi hijo, otros nombres, no el nombre que correspondía	Mi papá comenzó a decir los nombres de mi hijo, otros nombres.	Presenta memoria para recordar solo momentos, lugares, emociones, detalles de la vida (Peñaloza, 2000).
Memoria Biográfica	Se fue olvidando por completo de las personas, de cómo se llamaba, de su propia familia	Poco a poco se fue olvidando de las cosas actuales.	Es capaz de recordar sólo fragmentos de experiencias vividas (Carós, 2009).

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Confusión	Mi papá comenzó a decir los nombres de mi hijo	Poco a poco se fue olvidando de las cosas actuales.	Empezó a ser incapaz de pensar o razonar de una manera enfocada y clara (Watzlawick, 2011).
Pérdida de memoria	Era raro, porque él comenzaba a decir otros nombres y después se fue perdiendo más y más la memoria. A veces tiene lagunas mentales, pero dice cosas sin sentido.	Poco a poco se fue olvidando de las cosas actuales.	Sufre de un olvido inusual, no es capaz de recordar nuevos hechos o recuerdos (De Miguel, 2004).
Demencia		Hablar solo de cosas del pasado. Se fue olvidando por completo de las personas, cómo se llamaba. A veces tiene lagunas mentales, pero dice cosas sin sentido. Se fue perdiendo más y más la memoria.	Su Alzheimer afecta a la memoria, el pensamiento y la capacidad para realizar actividades cotidianas (Formiga et al., 2009).

Depresión	<p>La persona a quien se realizó la entrevista tenía un buen conocimiento acerca de cómo fue la evolución de la persona con Alzheimer a quien cuidaba, al ser la hija, tenía la voz entrecortada por la emoción de nostalgia al compartir su experiencia y conocimiento en las preguntas realizadas, finalmente la entrevista tuvo resultados exitosos concorde a las preguntas y el consentimiento completo de la cuidadora para exponer sus respuestas.</p>	hablaba solo del pasado con más frecuencia.	<p>Presentan los cambios de humor y ánimo en la persona, llegando a formar parte de las enfermedades psiquiátricas (Retamal, 1998)</p>
Ansiedad	<p>Mi papá, totalmente, él no puede caminar, él tiene miedo, le duelen las piernas y se le caen, por ejemplo, mi papá pasa acostado, solo en cama, a veces se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche.</p>	Se altera por la misma enfermedad, se decae o se desespera y no duerme ni en el día ni en la noche.	<p>Se observa que presenta sentimientos de miedo, temor o inquietud (Delgado et al., 2021)</p>

Consumo de sustancias	Esto ataca más al sistema nervioso.	Esto ataca más al sistema nervioso.	Presenta problemas nerviosos y neuronales, consecuencia del consumo de una sustancia o algunas en específico (Pedrosa, 2009).
-----------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---

Discusión

El trastorno de depresión es una condición comórbida habitual en la EA, y los estudios indican una relación compleja entre las dos. Las investigaciones han demostrado que este trastorno puede ser un factor de riesgo para el estadio de la EA (Spargo et al., 2023), y que el tratamiento de la depresión en pacientes con la enfermedad de Alzheimer puede conducir a mejoras cognitivas, particularmente en la función del lenguaje y el rendimiento cognitivo global (Hee et al., 2023). Además, el aumento progresivo del deterioro cognitivo se debe a la depresión y se relaciona de una forma positiva a los valores plasmáticos del factor neurotrófico derivado del cerebro. Este factor fue clasificado como un biomarcador potencial del deterioro cognitivo en la EA que se asocia a la depresión (Prendes et al., 2021). Entre los pacientes el EA la depresión es significativa, ya que es un trastorno mental potencialmente mórbido. Representando también la principal causa mundial de discapacidad afectando a más de 300 millones de personas (Montorio et al., 2019). También la patogénesis de la comorbilidad de la ansiedad y la depresión en la EA implica varios factores biológicos, como el funcionamiento de los receptores, la atrofia y los marcadores bioquímicos, y los síntomas afectivos tienden a disminuir a medida que progresa la EA (Botto et al., 2022).

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Un síntoma inicial, precoz y más característico de la EA es la afectación de la memoria episódica con amnesia anterógrada (Pascual et al., 2000). En cuanto a la memoria biográfica, se encuentra documentado que los que padecen de EA exponen un deterioro desde los momentos prematuros de la enfermedad, refiriéndose así a las informaciones anterógradas, es decir, la capacidad de recolectar nueva información, consecuencia por la que no son capaces de recordar lo que hicieron el día anterior, como en la información retrógrada, debido a que no logran recordar los sucesos pasados. En el interior de la memoria retrógrada existe un fuerte gradiente temporal, ya que recuerdan de una mejor manera los sucesos de las primeras etapas de su vida que los recientes (Ferreiro et al., 2003). Por otro lado, la memoria biográfica se conceptualiza como una función cognitiva bastante compleja, incluyendo componentes episódicos y semánticos, así como procesos autorreflexivos, imaginaria visual, funcionamiento ejecutivo y aspectos emocionales (Salazar, 2008).

El estado de confusión agudo o delirium se caracteriza especialmente por un caos global a nivel cognitivo y atencional, también disminuye el nivel de conciencia e incrementa o disminuye la actividad psicomotora, y un trastorno de sueño-vigilia, inicialmente súbito y agravamiento por la noche, junto a trastornos de la percepción como ilusiones, alucinaciones visuales y auditivas en paciente ancianos con Alzheimer (González y Llibre, 2001). Mientras tanto, la falla más evidente en la primera etapa de la EA es la pérdida de memoria. Un examen semántico demuestra que también hay fallas de la atención-concentración, memoria remota, memoria semántica, aprendizaje procedural y de la capacidad ejecutiva o de juicio (Donoso, 2003). La demencia que presentan los pacientes con la EA presenta un deterioro cognitivo persistente, debido a que es un síndrome característico a nivel neurológico, es decir, inhibe la capacidad del paciente para ejecutar sus actividades sociales o laborales (Nitrini y Bruck, 2012).

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

El trastorno por consumo de sustancias puede afectar de manera sustancial a la cognición, por ejemplo, generando el trastorno visoperceptivo o disfunción ejecutiva (Custodio et al., 2018). Por otro lado, debido a la edad avanzada que presentan los pacientes con la EA, las enfermedades cardiovasculares presentan un índice avanzado de mortalidad, debido a factores biológicos y cognitivos (Paca et al., 2022). En cuanto a las habilidades comunicativas en la EA están subjetivamente alteradas; por lo general, las capacidades de comunicación son atribuidas al deterioro del lenguaje, impidiendo tener una buena comunicación y funcionalidad al momento de ejecutar esta cognición (Bravo et al., 2022).

La EA tiende a condicionar la nutrición del paciente desde el inicio, lo que puede producir pérdida ponderal, anorexia, disfagia y apraxias para la ingesta. En cada etapa de desarrollo se exigen estrategias distintas que deben comenzar por la sensibilización, el conocimiento del problema y su detección temprana (Gómez et al., 2009). También este descuido se debe a que los pacientes con EA generan un individualismo donde envejecen en soledad (Schenk, 2023). Es importante destacar los distintos modelos de tratamiento y terapia que provoque una mejora en cualquier persona, ya que disminuye trastornos depresivos, la ansiedad que está asociada a un estado de estrés negativo, y aumenta el bienestar; influyendo también en los familiares y personas cercanas al paciente con EA (de la Rubia et al., 2014).

Conclusiones

Hay resultados notables en cuanto a la Demencia que representó el mayor porcentaje de la codificación abierta de primer nivel con un 8,3% del total de 3 marcas. Seguida de la subcategoría Lesión de la Médula Espinal (LME) y la Empatía y Compromiso (EYC) que tienen 2 marcas cada una, representando el 5,6% respectivamente. En total se registraron

28 marcas de color, que fueron distribuidas entre distintas subcategorías antes mencionadas.

Se aplica un plan de análisis cualitativo aplicado a las entrevistas que incluye la codificación de primer nivel para identificar segmentos significativos; de igual manera, la codificación de segundo nivel o axial se utiliza para poder establecer relaciones y edificar categorías. También se realiza una red semántica para visualizar y entender dichas relaciones, finalmente se trabaja en una triangulación para garantizar una comprensión total y detallada de los fenómenos cualitativos, dando un cimiento sólido para la interpretación y presentación de resultados.

Con base a una lectura exhaustiva de las transcripciones de las entrevistas, identificando segmentos significativos que representan ideas, conceptos o temas importantes, se realiza una etiquetación de estos segmentos con códigos descriptivos que logran capturar su esencia, de tal manera que esta fase inicial es exploratoria y permite familiarizarse con los datos, identificando patrones emergentes sin imponer una estructura rígida.

Las limitaciones que presenta esta investigación son la influencia de la carga emocional en la calidad de los datos recopilados. Los cuidadores de manera frecuente experimentan estrés, ansiedad y fatiga emocional a causa de las demandas continuas que requiere el cuidado de un ser querido con esta enfermedad. Esta carga emocional puede afectar la precisión y consistencia de las respuestas sesgadas o incompletas, ya que los cuidadores pueden estar distraídos por preocupaciones inmediatas o abrumados por emociones intensas al recordar experiencias difíciles.

Es recomendable para estudios futuros poder contar con un conocimiento previo acerca de la enfermedad del Alzheimer y tomar en cuenta todos los factores psicológicos, biológicos y sociales que afectan a la percepción de un cuidador de una persona con Alzheimer, de igual manera, recurrir a fuentes de información confiable y complejamente

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

acertada y evaluada por centros de investigación especializadas en el área de enfermedades como lo es la EA. Es importante detallar cada paso y proceso realizado en la investigación para de esta forma poder implementar todo el material usado y generar resultados concretos y definitivos de la investigación.

Haciendo referencia a los hallazgos de diversos estudios acerca del Alzheimer, se observa que la apraxia de la marcha, junto con síntomas como alucinaciones y pérdida de memoria, son comunes a medida que la enfermedad progresa. La atención y la empatía son cruciales en el cuidado de las personas con EA, promoviendo una mejor calidad de vida. Además, factores como el consumo de tabaco se relacionan con un mayor riesgo de desarrollar Alzheimer, destacando la importancia de estrategias preventivas. La desesperación y la tristeza entre los familiares reflejan los desafíos emocionales que enfrentan al cuidar a quienes padecen esta enfermedad. Si agrupamos estos estudios, veremos que subrayan la necesidad continua de investigaciones centradas en diagnósticos tempranos, tratamientos más efectivos y un apoyo integral para los cuidadores y familiares afectados por el Alzheimer.

REFERENCIAS

Allegri, R. F., Arizaga, R. L., Bavec, C. V., Colli, L. P., Demey, I., Fernández, M. C., & Zuin, D. R. (2011). Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. *Neurología Argentina*, 3(2), 120-137.

Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.

Añari, M., Camargo, L., Ramos, M., Rivera, C., Fernandez, L., Calle, U., Ocampo, N., Barbág, F., Lopez, M., Cladichoury, N., Obando, C., Pascual, G., Calletanos, C., Lopez, N. (2021). Prevalence of Dementia and Associated Factors among Older Adults in Latin America during the COVID-19 Pandemic. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 214-219.

Botto, R., Callai, N., Cermelli, A., Causarano, L., & Rainero, I. (2022). Anxiety and depression in Alzheimer's disease: a systematic review of pathogenetic mechanisms and relation to cognitive decline. *Neurological Sciences*, 43(4), 4107-4124. <https://typeset.io/papers/anxiety-and-depression-in-alzheimers-disease-a-systematic-b-gfhp0gz>

Baqués, J., Sáiz, D., & Sáiz, M. (2003). Medida de la memoria retrógrada a través de un cuestionario sobre recuerdo de personajes y sucesos del pasado. *Psicothema*, 15(3), 401-406. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72715310.pdf>

Bravo, J. E. F., Montesdeoca, A. P. R., Bravo, H. L., & Loor, S. B. (2022). Habilidades de comunicación en el deterioro del lenguaje en el Alzheimer: Angie Patricia Rodríguez Montesdeoca, Jaime Eduardo Flores Bravo, Hans Leonardo Bravo, Santos Bravo Loor. *Salud & Ciencias Médicas*, 2(1), 26-36. <https://saludycienciasmedicas.uileam.edu.ec/index.php/salud/article/view/34/4>

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Cando, D. C. M., López, E. A. M., Calderón, K. V. M., & Nieves, M. R. N. (2022). Factores que Predisponen a una Sobrecarga en el Cuidador Informal de un Adulto Mayor Diagnosticado Con Alzheimer. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 4(6), 411-421. <http://www.editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/366>

Chandrashekar, D. V., Steinberg, R. A., Han, D., & Sumbria, R. K. (2023). Alcohol as a modifiable risk factor for Alzheimer's disease — Evidence from experimental studies. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(11), 9492. <https://www.mdpi.com/1422-0067/24/11/9492>

Custodio, N., Montesinos, R., & Alarcón, J. O. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(4), 235-249. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n4/a04v81n4.pdf>

CARÓS, J. P. (2009). La memoria biográfica y oral y sus archivos. *Revista de antropología social*, 18, 267-295. <https://www.redalyc.org/pdf/838/83817222014.pdf>

Díaz, V., Rojas, M. & Mora, E. (2016). Experiencias de familias que conviven con una persona con diagnóstico de Alzheimer. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (30).

Driessnack, M., Sousa, V. D., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisión de diseños relevantes para enfermería: parte 2: diseños de investigación cualitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 684-688. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FVZS98PgdgzmsgCFJ5qTSjP/?lang=es>

Donoso, A. (2003). La enfermedad de Alzheimer. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41,13-22. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272003041200003&script=sci_arttext&tlng=pt

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

De Miguel, J. M. (2004). La memoria perdida. *Revista de antropología social*, (13), 9- 35. <https://www.redalyc.org/pdf/838/83801301.pdf>

de la Rubia Ortí, J. E., Espinós, P. S., & Iranzo, C. C. (2014). Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 131-140.

PDF Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo

Delgado, E. C., De la Cera, D. X., Lara, M. F., & Arias, R. M. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36.

<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

Ferreiro, J. R., Vega, F. C., & Rodríguez, C. M. (2003). Alteraciones de memoria en los inicios de la enfermedad de Alzheimer. *Revista española de Neuropsicología*, 5(1), 15-31.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1126510>

Formiga, F., Robles, M. J., & Fort, I. (2009). Demencia, una enfermedad evolutiva: demencia severa. Identificación de demencia terminal. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44, 2-8.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.05.009>

Gómez-Busto, F., Andia, V., de Alegría, L. R., & Francés, I. (2009). Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44, 29-36.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X09002182>

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

González Pérez, A. C., & Llibre Rodríguez, J. D. J. (2001). Estado confusional agudo en el paciente anciano. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 30, 89-96. <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v30s5/mil14401.pdf>

Hee, K., Sun, Y., & Hoon, D. (2023). The impact of depression on language function in

individuals with Alzheimer's disease: a pre/post-treatment design. *Annals of General Psychiatry*, 22(4), 1-12. <https://typeset.io/papers/the-impact-of-depression-on-language-function-in-individuals-r5xlvpyx>

Montorio, R., Martínez, A., & Rodriguez, R. (2019). Depresión como factor de riesgo para la Enfermedad de Alzheimer: evidencias y papel de enfermería. *Enfermería Global*, 55(1), 612-627. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n55/1695-6141-eg-18-55-612.pdf>

Medina, M., Rojas, R., & Bustamante, W. (2023). *Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación*. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú.

Mejía, J, Mero, L., Apolinario, J., Guillen, M., (2021) Relación entre alteraciones cognitivas y depresión en pacientes con alzhéimer en Ecuador. *Revista científica INSPILIP* V, 2(5). <https://www.inspilip.gob.ec/public/site/datos/a12/V5%232/Relación%20entre%20alteraciones%20cognitivas%20y%20depresión%20en%20pacientes%20con%20alzhéimer%20en%20Ecuador.html>

Ministerio de Salud Pública (2022). Terapias para controlar el Alzheimer se realizan en el Hospital del Adulto Mayor. <https://www.salud.gob.ec/terapias-para-controlar-el-alzheimer-se-realizan-en-hospital-del-adulto-mayor/>

Moscoso, P. C. M., & Bustos, D. L. M. (2023). Sobrecarga del cuidador, riesgo laboral en cuidadores informales de personas con discapacidad en Cuenca-Ecuador. *PACHA. Revista de Estudios Contemporáneos del Sur Global*, 4(11), e230204.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

National Institute on Aging. (2023). *La enfermedad del Alzheimer*. National Institute on Aging. <https://www.nia.nih.gov/espanol/enfermedad-alzheimer/enfermedad-alzheimer>.

Nitrini, R., & Bruck, S. M. D. (2012). Demencia: definición y clasificación. *Revista neuropsicología, neuropsiquiatria y neurociencias*, 12(1), 75-98. <http://revistaneurociencias.com/index.php/RNNN/article/view/316/259>

Organización Panamericana de la Salud (2021). Demencia. <https://www.paho.org/es/temas/demencia>

Prendes, N., López, B., Robinson, M., Levis Verde, & Mesa, N. (2021). Efectos neuroplásticos de la depresión en la enfermedad de Alzheimer. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 18(2), 1-15. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2021/hph212d.pdf>

Pascual, L. F., Fernández, T., Saz, P., Lobo, A., & Morales, F. (2000). Exploración de la memoria de trabajo con el miniexamen cognoscitivo. *Revista de Neurología*, 30(1), 1-4. https://www.researchgate.net/profile/Luis-Pascual/publication/12573305_The_assessment_of_working_memory_by_Mini-Mental_State_Examination/links/636caa5a2f4bca7fd0496b22/The-assessment-of-working-memory-by-Mini-Mental-State-Examination.pdf

Paca, M. J. T., Parra, D. R. P., Mena, N. V. P., & Galarza, A. G. A. (2022). Enfermedad de Alzheimer. *RECIMUNDO*, 6(4), 68-76. <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1816/2169>

Peñaloza, Z. D. R. S. (2000). *El sistema de memoria humana: memoria episódica y semántica*. Universidad Católica Andrés.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=e_8bZRZ7ls8C&oi=fnd&pg=PA_51&dq=memoria+epis%C3%B3dica&ots=il-Ir1Srzn&sig=4-H9MG5-Bp3o7dx5bXGq_SBoqPU#v=onepage&q=memoria%20epis%C3%B3dica&f=false

Pedrosa, E. M. P. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso: revista de educación*, (32), 147-173. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3130577>

Retamal, P. (1998). *Depresión*. Editorial Universitaria. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=1kwVmA7st_cC&oi=fnd&pg=PA3&dq=depresi%C3%B3n&ots=7RRjTyvY4_&sig=Kt4MsOgfOU9MpL13y1vVa0VyCYU#v=onepage&q=depresi%C3%B3n&f=false

Ramírez-Coronel, A. A., Cevalco, J., & Saux, G. (2023). Escala De Conocimiento De La Enfermedad De Alzheimer: Adaptación Y Análisis De Las Propiedades Psicométricas En Estudiantes Universitarios Ecuatorianos. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 32(1), 33-42. http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812023000100033

Reyes-Domínguez, Y. A., Figuera, L. E., & Brambila-Tapia, A. J. L. (2023). Perceptions of Knowledge, Disease Impact and Predictive Genetic Testing in Family Members at Risk to Develop Early-Onset Alzheimer's Disease (EOAD) and Their Levels of Suicidal Ideation: A Mixed Study. *Brain sciences*, 13(3), 501. <https://doi.org/10.3390/brainsci13030501>

Romano, M., Nissen, M. D., Del Huerto, N., & Parquet, C. (2007). Enfermedad de alzheimer. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina*, 75, 9-12. https://www.academia.edu/download/37218372/3_175.pdf

Unzueta Morales, S. (2011). Algunos aportes de la psicología y el paradigma socio crítico a una educación comunitaria crítica y reflexiva. *Revista Integra Educativa*, 4(2), 105-144.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1997-40432011000200006

Spargo, T., Howard, D., Lord, J., & Corbett, A. (2023). Investigating the genetic relationship between 2 depression symptoms and Alzheimer's Disease in 3 clinically diagnosed and proxy cases. *medRxiv*, 10(1), 1-40. <https://typeset.io/papers/investigating-the-genetic-relationship-between-depression-2nplq9pw>

Salazar Villanea, M. (2008). Estudio de las características de la memoria autobiográfica en la vejez: la reminiscencia en sujetos sin deterioro cognitivo y en sujetos con demencia tipo Alzheimer. [Tesis de pregrado, Universidad de Costa Rica]. <http://hdl.handle.net/10366/22523>

Schenk, C. (2023). Alzheimer y otras demencias: aislamiento, soledad social y política pública. *AULA Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 69(2), 9-20. <https://revistas.unphu.edu.do/index.php/aula/article/view/257/523>

Sierra Montoya, M. P., Ascensio Lancheros, J. L., Ochoa Gómez, J. F., & Carvajal-Castrillón, J. (2014). Amnesia retrógrada aislada: descripción clínica y neuroimágenes de un caso. *Acta Neurológica Colombiana*, 30(3), 215-221. <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v30n3/v30n3a14.pdf>

Valle, A., Manrique, L., & Revilla, D. (2022). La investigación descriptiva con enfoque cualitativo en educación. *Facultad de Educación PUCP*. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/184559/GU%c3%8da%20INVESTIGACI%c3%93N%20DESCRIPTIVA%202022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vallejo, S. A. S., & Sánchez, G. L. T. (2024). Abordaje Integral en un Anciano con Enfermedad de Alzheimer: Un Reporte de Caso Clínico.

CAPÍTULO IV

En el Corazón del Cuidado:

La Perspectiva de una Cuidadora Cuencana sobre el Alzheimer de su Paciente

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 8(1), 6414-6424.

<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9986>

Watzlawick, P. (2011). *¿Es real la realidad?: confusión, desinformación, comunicación*. Herder Editorial.

Índice de autores

C

Cañizares Abril Lauro Esteban

Universidad Politécnica Salesiana,
<https://orcid.org/0000-0002-2835-9563>

icanizaresa@ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador.

Campoverde Ayora Giselle Carolina

Universidad Politécnica Salesiana
<https://orcid.org/0009-0005-5226-0490>

gcampoverdea1@est.ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador.

Coronel Narváez María Belén

Universidad Politécnica Salesiana
<https://orcid.org/0000-0002-3297-7030>

mcoroneln@est.ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador.

L

Loja Villazhiñay Ana Karina

Universidad Politécnica Salesiana
<https://orcid.org/0009-0008-4200-7098>

aloja@ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador.

M

Muñoz Arteaga Pedro Andres

Universidad Politécnica Salesiana
<https://orcid.org/0009-0006-6513-9654>

pmunoza@ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador

P

Peñaranda Rojas Kevin Andres

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0000-0001-5436-318X>

kpenaranda@est.ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador.

Prado Ramon Jeniffer Sofía

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0009-0001-1001-1833>

jprador@est.ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador.

Q

Quito Calle Jessica Vanessa

Universidad de Politécnica Salesiana

jquito@ups.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-1428-5081>

Cuenca, Ecuador

R

Ramirez Coronel Andres Alexis

Universidad de Politécnica Salesiana

aramirezc1@ups.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0007-3493-6519>

Cuenca, Ecuador

Rodas Flores Diego Ismael

Universidad Politécnica Salesiana,

<https://orcid.org/0000-0001-7827-4595>

drodas@ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador.



REDLIC

Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea

AVANÇES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA:

EXPLORANDO LA INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA EN MADRES, ADULTOS
MAYORES Y PACIENTES CON ALZHEIMER

Tomo II

Avances en Psicología Clínica: Explorando la Investigación Cualitativa en Adultos Mayores y Paciente con Alzheimer. Tomo II

La segunda entrega de la serie titulada “Avances en psicología clínica” ofrece un examen completo y matizado de las realidades a las que se enfrentan las personas mayores y los pacientes de Alzheimer desde una perspectiva cualitativa. Utilizando meticulosas metodologías de investigación, los autores aclaran las dificultades emocionales, sociales y cognitivas a las que se enfrentan estos grupos demográficos, aclarando así sus experiencias vividas y los consiguientes efectos en los marcos familiares y comunitarios.

Este trabajo académico subraya la importancia de comprender la dinámica familiar, la función fundamental de los cuidadores y los diversos mecanismos de afrontamiento empleados, al tiempo que enfatiza la necesidad de estrategias de intervención más compasivas y eficaces. A través de capítulos que combinan a la perfección el rigor académico con la comprensión empática, se examinan metodologías innovadoras, como las entrevistas en profundidad y el análisis narrativo, que fomentan la contemplación de la condición humana en el contexto del envejecimiento y los trastornos neurodegenerativos.

Dirigido a psicólogos, investigadores, académicos y profesionales de la salud, este volumen es un recurso indispensable para las personas que aspiran a profundizar su comprensión de los problemas de salud mental relacionados con las personas mayores y la enfermedad de Alzheimer. Al mismo tiempo, motiva la exploración de nuevas trayectorias de investigación y metodologías clínicas que promuevan el bienestar holístico tanto de los pacientes como de sus familiares.

Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea

ISBN: 978-9942-659-18-7

