



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD EXAMEN COMPLEXIVO



DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICOLOGA CLINICA

PROBLEMA:

Proceso de intervención aplicado a un paciente adulto mayor con trastorno depresivo en salud
mental.

AUTOR:

LIGIA VANESSA MOYANO VERA

TUTOR:

MSC. LOZANO CHAGUAY SILVIA DEL CARMEN

BABAHOYO - 2021

Índice General

CARATULA.....	i
Resumen.....	v
Abstract.....	v
INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	2
OBJETIVO GENERAL.....	2
SUSTENTO TEÓRICO.....	3
ADULTO MAYOR.....	3
COMPRENDER EL ENVEJECIMIENTO.....	3
CAMBIOS PSICOLÓGICOS.....	3
INTERVENCIÓN.....	4
TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL (TCC).....	5
DEPRESIÓN.....	6
CLASIFICACIÓN DE LOS SÍNDROMES DEPRESIVOS.....	7
TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR.....	7
TÉCNICAS APLICADAS.....	10
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.....	10
HISTORIA CLÍNICA.....	10
PRUEBA PSICOMÉTRICA.....	10

EL TEST DE DEPRESIÓN DE BECK.	10
LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN PROGRESIVA.	11
TÉCNICA PRÁCTICA COGNITIVA.	11
TÉCNICA EXAMINANDO LAS EVIDENCIAS.	11
ASIGNACIÓN DE TAREAS.	11
CLASIFICANDO EMOCIONES Y CREENCIAS.	11
DECATASTROFIZACIÓN.	11
RESULTADOS OBTENIDOS.....	12
SESIONES.....	12
Primera sesión:	12
Segunda sesión:	13
Tercera sesión:	14
Cuarta sesión:	14
Quinta sesión:	15
Sexta sesión:	15
Séptima sesión:	15
Octava sesión:.....	16
Novena sesión:.....	16
Situaciones detectadas	16
Soluciones planteadas.....	18

Nº Sesión 1	18
Nº Sesión 2	18
Nº Sesión 3	18
Nº Sesión 4	19
Nº Sesión 5	19
Nº Sesión 6	20
Conclusiones.....	21
Anexos	25
Anexo 1. Historia clínica reformada.....	25
Anexo 2. Criterios del DSM-5 para trastorno de depresión mayor	29
Anexo 3. Test de Beck.....	32
Anexo 4. Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson	38
Anexo 5. Técnicas Práctica Cognitiva.....	40
Anexo 6. Técnica Examinando las evidencias.	41
Anexos 7. Técnica Asignación de tareas	42
Anexo 8. Clasificando Emociones y creencias.....	43
Anexo 9. Técnica de Decatastrofización	44
Decatastrofizar.....	44
Anexo 10. Sesión con el paciente.....	45

RESUMEN

Este estudio de caso se desarrolló en el Gobierno Autónomo descentralizado del cantón Alfredo Baquerizo Moreno con el principal objetivo de determinar la debida intervención en un paciente adulto mayor con trastorno depresivo. Algunos de los síntomas que genera el trastorno depresivo son: tristeza, insomnio, estado de ánimo deprimido, anhedonia, pérdida de apetito y peso, para lo cual utilice el test de Beck para verificar el nivel de gravedad, entre otras técnicas, con esto se logró obtener información concreta del paciente y un tratamiento adecuado. Mediante esta indagación se pudo evidenciar que efectivamente existe un aumento de los niveles de depresión y su relación en su entorno.

Palabras Claves: Intervención, adulto mayor, trastorno depresivo, terapia cognitiva.

ABSTRACT

This case study was developed in the decentralized Autonomous Government of the Alfredo Baquerizo Moreno canton with the main objective of determining the proper intervention in an elderly patient with depressive disorder. Some of the symptoms that depressive disorder generates are: sadness, insomnia, depressed mood, anhedonia, loss of appetite and weight, for which use the Beck test to verify the level of severity, among other techniques, with this He was able to obtain specific information from the patient and adequate treatment. Through this investigation, it was possible to show that there is indeed an increase in the levels of depression and its relationship in their environment.

Key Words: Intervention, elderly, depressive disorder, cognitive therapy.

INTRODUCCIÓN

Este estudio de caso se centra en determinar el proceso de intervención aplicado a un paciente adulto mayor con trastorno depresivo en salud mental, la cual se la realizó vía online adaptándose a las nuevas metodologías del teletrabajo, por el confinamiento, cumpliendo con la línea de investigación prevención y diagnóstico, y sub-línea: funcionamiento socio afectivo en el ámbito familiar.

Fue elaborado para el proceso de intervención en un paciente adulto mayor con trastorno depresivo, quien se presenta con el motivo de consulta de alteración en su estado de ánimo a partir de un evento intrafamiliar.

La intervención psicológica es un proceso mediante el cual el psicólogo o profesional en salud mental, identifica si se presenta algún tipo de anomalías o problemas referentes a la conducta humana, evalúa, diagnostica y trata las diversas causas para obtener resultados eficientes.

Por lo tanto, un adulto mayor que se encuentran en estado depresivo no tendrá un funcionamiento normal en sus actividades cotidianas, esto genera un ambiente hostil familiar, sin tranquilidad, cariño y atención lo cual no es favorable para su bienestar.

Este estudio realizado, consiste en descubrir un tratamiento adecuado para dicha patología que causa tristeza, ira o frustración e interfiere en sus actividades y todo lo que concierne a su entorno.

A través de sesiones psicoterapéuticas, técnicas e instrumentos para comprobar el diagnóstico determinado, también se estructura un cronograma o meta terapéutica para optimizar la calidad de vida del paciente adulto mayor y su medio familiar, social y personal.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

El caso estudiado se ejecutó vía online la cual permitió indagar sobre la salud mental del adulto mayor de 69 años, oriundo de la ciudad de Alfredo Baquerizo Moreno de la provincia del Guayas. El presente estudio es realizado con el fin de dar a conocer acerca del trastorno depresivo y como intervenir ante esta patología. La importancia de esta investigación es para prevenir e intervenir en la problemática de la depresión, que en la actualidad ha sido la causa más frecuente de suicidios.

Además, cabe destacar que esta información explica las causas y consecuencias que genera este trastorno en un adulto mayor; beneficiando de manera directa al paciente abordado, a las familias y los futuros investigadores, también para disminuir la sintomatología que le está causando perturbación y deterioro en diferentes áreas significativas del funcionamiento.

Brinda nuevas perspectivas en cuanto al entendimiento del por qué los pacientes adultos mayores pueden presentar muchos más síntomas que otros con la misma problemática. Así, esta indagación es realizable porque cuenta con la predisposición del paciente, con los conocimientos adquiridos y medios necesarios para que se realice de manera eficiente.

Por lo tanto, es demostrativo porque contribuye de manera positiva y de carácter metodológico en cuanto a la intervención de dicho trastorno psicológico. Asimismo, proporciona nuevas guías en el área de la salud mental, coadyuvando mediante la aplicación de técnicas útiles para el paciente, de tal manera este trabajo es probable porque aporta información ventajosa y mejor comprensión de dicha perturbación.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el proceso de intervención aplicado a un paciente adulto mayor con trastorno depresivo en salud mental de la ciudad de Alfredo Baquerizo Moreno.

SUSTENTO TEÓRICO

Adulto Mayor

La maduración del cuerpo humano es una interacción individual y agregada a la vez, ya que se produce en el individuo, sin embargo, está muy adaptada por la sociedad, por la satisfacción personal y por las estrategias para afrontar la vida. A partir de ahora hay numerosas personas en el mundo que dedican su trabajo e investigación a la nueva cultura de la vida. A fin de cuentas, es el esfuerzo por vivir más y en circunstancias físicas, sociales y psicológicas inigualables, un elemento que la interacción social se ordena hacia este rubro: buscar un modelo de maduración hábil en un sentido exitoso y ventajoso, apto para reforzar. (Doris Yisell Rubio Olivares, 2015)

En la actualidad, el envejecimiento poblacional pertenece a los fenómenos sociales de más grande efecto de este siglo. Conforme con la Organización Mundial de la Salud, el siglo XX fue testigo de una gran agitación en la vida. El futuro normal al entrar al mundo se expandió mucho tiempo desde 1950 y llegó a los 66 años, y es normal que constantemente en 2050 se haya expandido 10 años más. (García & Maya, 2014)

Comprender El Envejecimiento.

A partir de un criterio biológico, el envejecimiento es el efecto de la acumulación de una extensa variedad de males moleculares y celulares en todo el tiempo, lo cual lleva a un bajón gradual de las habilidades físicas y mentales, un crecimiento del peligro de patología, y al final a el deceso. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Cambios Psicológicos.

Son las importancias en el deterioro cognitivo, que con frecuencia está relacionado con la enfermedad de Alzheimer: en cualquier caso, no son exclusivas en estos temas a la luz de que los cambios típicos que se dan en la edad madura deben ver también con la administración

psicológica. por ejemplo, cambios emocionales y de carácter que, además, deben considerarse rutinarios y anticipados. (Manual de prácJosé Armando Peña Moreno, 2011)

A pesar de los cambios naturales, la madurez también está relacionada con otros avances de la vida, por ejemplo, tenemos la jubilación, la transición a hogares más cercanos y el fallecimiento de familiares, compañeros y parejas. Al detallar una reacción de bienestar general a la madurez, es esencial considerar no solo los activos que albergan desgracias comparables a la edad madura, sino también aquellos que pueden mejorar la recuperación, el ajuste y la mejora psicosocial.

(Organización Mundial de la Salud, 2018)

Intervención

En el primer paso a realizar, el profesional en salud psicológica realizara una historia clínica sobre los precedentes familiares del individuo y los precedentes de sus indicios: el tiempo que ha pasado a partir de que empezaron, cuánto tiempo han durado, su gravedad y, si los indicios ocurrieron anteriormente, cómo es que fueron tratados. Algo fundamental de esta historia clínica es el saber si el paciente consume alcohol, algún tipo de droga o cualquier medicamento y cómo éste ha sido prescrito. Además, va a ser bastante relevante que el paciente responda con sinceridad si ha tenido pensamientos suicidas o involucrados con el deceso. (Robledo & Ávila, 2010)

El siguiente paso es que el individuo obtenga una valoración médica, ya que ciertos medicamentos y condiciones médicas tienen la posibilidad de ocasionar los mismos indicios que la depresión. Un doctor puede descartar estas modalidades mediante la historia clínica, realizar algún examen físico y pruebas de laboratorio. Si el doctor puede descartar una condición médica como causante de la depresión, el próximo paso va a ser una evaluación hecha por un profesional en salud psicológica. (Robledo & Ávila, 2010)

Una vez diagnosticada correctamente, el individuo con depresión podría ser tratado con diversos procedimientos. Los tratamientos más frecuentes son la medicación y la psicoterapia.

La depresión es una enfermedad frecuente en los adultos mayores.

Terapia Cognitiva Conductual (TCC).

Es un modelo procedimental de diferentes problemas mentales, que trabaja ayudando al paciente a cambiar sus pensamientos, sentimientos, prácticas y reacciones fisiológicas rotas para otras personas, que son más versátiles para combatir sus cargas o en las circunstancias actuales el dolor. Es más, de manera similar a como lo recomienda su nombre, concebido por la unión de 2 monumentales teorías de la investigación del cerebro. (Puerta Polo & Padilla Díaz, 2011)

El tratamiento intelectual depende del modelo psicológico, que descubrió la razón por la que la visión de las ocasiones impacta extraordinariamente los sentimientos y actividades de las personas. Los sentimientos no permanecen controlados por las circunstancias reales, sino por la forma en que las personas descifran esas circunstancias. (Beck, 2006)

Los Objetivos De La TCC.

Los metas primordiales de la TCC en la depresión son:

- Reducir el raciocinio disfuncional.
- Aumentar las capacidades de autocontrol.
- Optimizar la función de resolución de inconvenientes.
- Mejorar las tasas de refuerzo positivo e incrementar las capacidades sociales/

interpersonales. (Puerta Polo & Padilla Díaz, 2011)

Perspectiva Cognitiva Sobre Las Intervenciones Conductuales.

En la terapia cognitiva las tácticas conductuales son intervenciones que sirven para cambiar las equivocadas valoraciones y creencias sobre la amenaza y la estabilidad. Por esto los

terapeutas cognitivos conceptúan las asignaciones de orientación conductual de un modo distinto a el punto de vista estrictamente conductual. (DAVID A. CLARK, 2012)

Depresión

La depresión suele presentarse como cambios del estado de ánimo normal; los pacientes se pueden sentir “infelices”, “descorazonados”, “desalentados”, “melancólicos”, y demás términos que expresan tristeza.

Los principales síntomas para un cuadro depresivo son los siguientes:

- Estado de ánimo deprimido
- Anhedonia
- Pérdida de apetito y peso
- Insomnio

El paciente debe presentar durante dos semanas al menos estos cinco síntomas. (Morrison, 2015)

Los episodios depresivos pueden ser leves, moderados o graves, ya que en cualquiera de ellos el paciente presentara la siguiente sintomatología: un estado de ánimo bajo, perdida de la energía y disminución de la actividad. La disposición para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, es habitual el cansancio. Presenta insomnio y el apetito se ve disminuido. La autoestima y la confianza se reducen notablemente, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad.

(Dr. Pedro Garcia Parajuá, 2000)

Un informe del establecimiento público de bienestar psicológico sobre los problemas depresivos, de secunda, Katz, Friedman y Schuyler, establece que la recesión es la razón del 75% de cada hospitalización mental y que, durante un tiempo de algún año aleatorio, El 15% de los adultos que se encuentran entre los 18 y los 74 años pueden sufrir molestos indicios de alguna

importancia. El índice de suicidios, que se toma básicamente como una lista de la recurrencia de la miseria, no ha disminuido, sin embargo, a decir verdad, ha mostrado un desarrollo en el transcurso de los últimos años. (Aaron T. Beck, 2010)

La etiología de la melancolía significativa es alucinante, puede tener un lugar de nacimiento hereditario, fisiológico u hormonal o ser provocada por condiciones de estrés y / o componentes mentales y sociales. A través de antidepresivos y tratamiento intelectual, ha demostrado que los resultados son poderosos en aproximadamente el 60% de los pacientes. En cualquier caso, la estrategia de tristeza segura se realiza hasta en un 40% de los pacientes. (Padilla, 2017)

Clasificación De Los Síndromes Depresivos.

Las clasificaciones más utilizadas de los síndromes depresivos, se las encuentran en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), con conceptos diferentes.

En el trabajo de la CIE 10, la depresión se incorpora entre los tres asientos del humor y se delega: apacible, moderada, escena gravosa extrema sin signos de locura, grave con signos locos y diferentes tipos de escenas gravosas (estados gravosos sin descripción o atípicos), mismos que acostumbran acompañarse de un cambio en la actividad general. (Dr. Pedro Garcia Parajuá, 2000)

En el manual del DSM-5, el dolor se considera un trastorno de etapa de ánimo y se divide en las siguientes clases: perturbación depresivo mayor, perturbación distímica y perturbación depresivo no detallado. (Morrison, 2015)

Trastorno De Depresión Mayor.

A. Al menos cinco de las manifestaciones adjuntas han estado disponibles durante un período similar de catorce días y abordan un cambio con respecto al trabajo anterior; en cualquier caso,

uno de los efectos secundarios es la disposición desalentadora o la pérdida de interés o alegría.
(Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

Nota: Las respuestas a un infortunio crítico (p. Ej., Duelo, ruina monetaria, infortunios debido a un desastre característico, patología o incapacidad genuina) tienen la posibilidad de incorporar el sentimiento de profunda miseria, cavilación sobre la desgracia, privación del sueño, pérdida del anhelo y reducción de peso registrada en el Criterio A, y tienen la posibilidad de simular un episodio depresivo. Aun cuando estas señales tienen la posibilidad de ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, además se debe pensar atentamente en la existencia de un episodio de depresión más grande además de la contestación usual a una pérdida significativa.
(Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

Principales Factores.

A continuación, mencionamos los principales factores:

Biológicos.

El desánimo es provocado por una irregularidad de las sinapsis, particularmente serotonina, norepinefrina y menos significativamente dopamina. Está demostrado que siempre que estamos desanimados tenemos ese desnivel y que una vez tomamos la intervención adecuada, las sinapsis se equilibran.

Cognitivo.

Las personas con ejemplos de ideas antagónicas y poca confianza tienen más métodos para crear melancolía. Hay una torsión psicológica, donde lo agobiante contorsiona la realidad al verse a sí mismo y al mundo de manera adversa.

Género.

El sexo femenino experimenta la miseria a un ritmo que prácticamente duplica al de los hombres, las razones aún no quedan muy claras, los cambios hormonales por los que atraviesan las mujeres durante el ciclo mensual, el embarazo se coordina y la menopausia.

Enfermedad orgánica.

La tristeza clínica en general ocurrirá cerca de patologías específicas, como enfermedad coronaria, enfermedad, Parkinson, diabetes, Alzheimer y problemas hormonales.

Medicamentos.

Ciertas recetas tienen la posibilidad de causar melancolía como resultado, incorporando corticosteroides.

Genéticas.

Los antecedentes familiares de sufrimiento clínico aumentan el peligro de desarrollar la patología.

Situacional.

Ocasiones problemáticas a lo largo de la vida cotidiana, separación, molestias monetarias, fallecimiento de un amigo o familiar, etc. (Cervera, 2011)

No hay una exclusiva causa famosa de la depresión Los descubrimientos muestran que las patologías onerosas son problemas mentales. Avances novedosos que hicieron posible obtener imágenes del cerebro, por ejemplo, imágenes de reverberación atractivas; han demostrado que el cerebro de las personas con depresión parece ser único en las mentes de las personas que no experimentan los efectos nocivos de la misma. Las superficies del cerebro que gestionan la mentalidad, las consideraciones, los anhelos y la conducta no parecen funcionar normalmente. (Robledo & Ávila, 2010)

TÉCNICAS APLICADAS

Durante el proceso de investigación de este estudio de caso, se desarrolló mediante diversas técnicas e instrumentos que favorecen de manera elocuente para conseguir la búsqueda relevante sobre la problemática del cliente. Se eligen la entrevista semiestructurada y la historia clínica para obtener la mayor cantidad de información de datos personales del paciente;

El Test de depresión de Beck para confirmar el diagnóstico y por ende la gravedad de los síntomas de la patología; Asimismo, en el proceso de intervención y abordaje psicoterapéutico se utiliza la técnica de relajación progresiva que se usa para disminuir la activación fisiológica; Además, las técnicas, Práctica Cognitiva; Examinando las evidencias; Asignación de tareas; Clasificando Emociones y creencias; Decatastrofización. A continuación, se detalla cada una de las técnicas antes mencionadas:

Entrevista Semiestructurada.

Es una entrevista cualitativa que permite hacer preguntas abiertas y cerradas sin seguir un orden secuencial dependiendo de la información brindada por el cliente, esta se guiará a medida que se vaya indagando, esta entrevista tuvo una duración de una hora, la cual fue aplicada al paciente con una serie de preguntas planteadas con anterioridad, recolectando los datos filiales, motivo de consulta, cuadro psicopatológico actual y su proceso evolutivo.

Historia Clínica.

Es un documento donde se recaba la mayor parte de datos relevantes del paciente, información importante en tiempo pasado y presente del cliente, incluyendo el estado de salud mental actual, anamnesis y antecedentes psicopatológicos familiares.

Prueba Psicométrica

El Test De Depresión De Beck.

Es una encuesta autocontrolada que consta de 21 numerosas preguntas de decisión múltiple.

Sus indicadores son:

Depresión mínima o ausente: 0-13.

Depresión leve: 14-19.

Depresión moderada: 20-28.

Depresión grave: 29-63.

Además, El inventario de depresión de Beck(BDI-II), el análisis de los mismos mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años.

La Técnica De Relajación Progresiva.

Esta técnica consiste en tensar y relajar distintos grupos musculares.

Técnica Práctica Cognitiva.

Es un procedimiento que depende en solicitar que el paciente visualice progresivamente cada uno de los medios que componen la ejecución de un mandato.

Técnica Examinando Las Evidencias.

Mirar las pruebas a favor y en contra de la legitimidad de sus convicciones o contemplaciones negativas.

Asignación De Tareas.

Es esencial para proporcionar más tarde el progreso del paciente.

Clasificando Emociones Y Creencias.

Luego de que el paciente identifica las emociones negativas (tristeza, furia, frustración), se indican los pensamientos asociados con estos sentimientos. Después se clasifica de 0 a 100 que tan triste se siente y cuanto supone en el raciocinio negativo.

Decatastrofización.

Este método depende de la forma en que el paciente pueda esperar ocasiones temidas sin una premisa genuina. El especialista plantea interrogantes sobre el desarrollo y plazo de las secuelas

previstas, así como métodos de adaptación en caso de que ocurran, ampliando consecuentemente el punto de vista del paciente.

RESULTADOS OBTENIDOS

Paciente de 69 años de edad, de sexo masculino, contextura delgada, estatura baja, era sastre y se dedicaba a la costura, se separó de su esposa cuando su hija tenía 12 años, desde entonces vive en su casa con su hija, su yerno y sus nietos, está pasando por una crisis económica debido a su situación, acude a consulta por voluntad propia acompañado de una joven que se encarga de apoyarlo, además por presentar una serie de síntomas desde hace un año.

Sesiones.

En el presente estudio de caso se realizaron las siguientes sesiones, se utilizó el test de Beck, técnicas e instrumentos, con el propósito de ofrecer una atención psicológica óptima, cabe mencionar que se logró establecer un buen rapport desde la primera sesión, de esta manera se llevó a cabo la relación psicoterapéutica, por lo tanto, se obtuvo buenos resultados durante el cronograma establecido, este consta de 9 sesiones detalladas a continuación:

Primera sesión: Se llevó a cabo mediante la entrevista en la fecha 07/01/2021, desde las 8:00 am hasta las 9:00am, en lo cual se consiguió datos relevantes del paciente, por lo cual doy a conocer el motivo de consulta detallándolo a continuación:

El paciente efectuó la consulta a través de llamada telefónica, bajo la modalidad de teleasistencia expresando lo siguiente:

Paciente de 69 años de edad, de sexo masculino contextura delgada, estatura baja, asiste a consulta y expresa que “me siento deprimido, desde hace 1 año”, le explico: Yo tenía esposa (Isabel Torres Olvera) e hija(Carolina Navas Torres), pero le fui infiel a mi esposa, ella me descubrió y se fue dejándome a mi hija, en ese entonces mi hija tenía 12 años, actualmente tiene 29, mi ex esposa viajó a España, después de un tiempo me lleve a una señora que tenía una hija

pero también me abandono porque también le fui infiel, y un día cuando estaba teniendo relaciones con otra señora sufrí un derrame, debido a eso quede con mi brazo izquierdo y la pierna izquierda sin tener control de ellos, además mi hija enojada no me llevo a recibir terapia física y desde entonces mi hija cambio conmigo, no me dirige la palabra, a veces me da de comer, a veces no y cuando lo hace me da una sola vez al día y me deja la comida como si fuera un perro”.

Además, manifiesta que “mi hija tiene esposo y tres hijos, ellos viven en mi casa, desde que me sucedió esto mi vida ha sido un infierno, a veces me pongo a llorar porque quisiera saber cuál es el motivo de que mi hija me trate así, si Yo no tenía pareja, tenía derecho a tener sexo con alguien, hay momentos en los que quisiera morir para no tener esta vida miserable, entonces me pongo triste y empiezo a llorar sin parar”, asimismo infiere que “desde hace unos meses la chica que no es mi hija pero, que es hija de mi segunda pareja llego a buscarme cuando no estaba mi hija y entonces con la ayuda de una vecina ella me está llevando donde un Dr. para que me de terapia física y gracias a eso es que ya logro mover un poco la pierna, el brazo aún no, a esta chica le conté lo que me sucedía, ella a veces cuando no está mi hija la vecina la llama para que vaya y esa chica me va llevando un poquito de comida, pero sufro cuando mi hija no sale y entonces la chica no puede ir a mi casa, porque mi hija la odia” él asegura que debido a la situación ha afectado su autoestima, sus relaciones sociales, su vida cotidiana; además expresa que “para no deprimirme paso viendo Facebook en el celular ya que esa chica me regalo el teléfono y me hace recarga para que le avise cuando no este mi hija, quisiera no pensar, ni recordar, no logro conciliar el sueño me quedo hasta la 1:00am despierto”.

Segunda sesión: Se realizó el 11/01/2021 tuvo una duración de 1 hora, de 8:00am a 9:00am. En esta sesión el rapport aumento, de manera que se logró recabar más aspectos sobre la problemática de la paciente, el cual indicó lo siguiente:

El paciente también manifiesta que “empecé así desde que recibo ese trato de parte de mi hija, ya no quisiera vivir”. Asimismo, expresa que “hay días en los que al estar triste me vienen pensamientos o ideas suicidas, pues me siento muy solo y no tengo a quién acudir de forma inmediata, siento que nadie me va a comprender, por eso evito conversar con alguien, no tengo familia cerca, tengo un hermano pero vive en Manabí, a veces me llama pero no contesto, la verdad es una lucha diaria conmigo mismo, quiero ser fuerte pero a veces la tristeza se apodera de mí, confieso que hace dos semanas atrás intenté colgarme con un cabo pero me fue difícil ya que mi brazo izquierdo aún no me despierta, ahí empecé a llorar y me puse a orar pidiéndole a Dios que me dé fuerzas para continuar” esto generalmente sucede cuando estoy solo, pensando por qué mi hija se porta así conmigo, si fui un buen padre le di estudio, le daba todo lo que necesitaba, lo que me pedía le daba, la gente que me conoce sabe cómo trabajaba para darle todo, quisiera sanarme para volver a trabajar y salir de ahí aunque es mi casa, pero quiero irme a alquilar para vivir tranquilo, siento que esto no terminará, eso me genera frustración, tristeza.

Tercera sesión: Realizada la fecha de 13/01/2021, tuvo una duración de 45 minutos, desde las 8:00 am hasta las 8:45 am. En esta sesión se aplicó el test de Beck para tener un diagnóstico óptimo y conocer el nivel de gravedad de su patología, este fue aplicado vía online a través de videollamada, se le explicó al paciente en qué consistía el instrumento se le envió en formato Word, mediante el Messenger de la chica que lo ayuda para que lo resuelva respondiendo conforme a su situación, asimismo, se le indicó que debía responder con la mayor sinceridad posible para una mejor valoración de su problemática, también una vez terminada la evaluación me enviara el documento y a su vez se le indicaría que en la próxima sesión se le haría la respectiva devolución o explicación sobre la prueba aplicada.

Cuarta sesión: Realizada la fecha de 15/01/2021, tuvo una duración de 40 minutos. En esta sesión se realizó la devolución respectiva al paciente, explicándole sobre la evaluación realizada,

en el cual el paciente obtuvo como resultado una puntuación de 40, por lo tanto, está dentro del rango 29 - 63 que representa una depresión grave. Además, se le explicó sobre las diferentes técnicas cognitivas conductuales que tienen la finalidad de ayudarle al paciente a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que le producen emociones y conductas contraproducentes; Asimismo a eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas para que se sienta mejor. También se le indicó que se le aplicarían a partir de esta sesión, por lo tanto, se inició con la técnica práctica cognitiva donde el paciente debía identificar y registrar los posibles obstáculos que pudieran impedir la realización de la tarea.

Quinta sesión: Realizada la fecha de 18/01/2021, tuvo una duración de 45 minutos, desde las 8:00 hasta las 8:45 am. En esta sesión se aplicaron la técnica cognitivo-conductual examinando evidencias que consistía en que el paciente examine la evidencia a favor y en contra de la validez de sus creencias o pensamientos negativos, además, registrar los problemas que le genera la depresión.

Sexta sesión: Realizada en la fecha de 20/01/2021, tuvo una duración de 45 minutos, desde las 08:00 am hasta las 08:45 am. En esta sesión se realizó la aplicación de la técnica asignación de tareas, en esta técnica se le asigna al paciente una serie de tareas o actividades ordenadas de las más simple a las más completas.

Séptima sesión: Realizada en la fecha de 22/01/2021, tuvo una duración de 45 minutos. En esta sesión se realizó la aplicación de la técnica clasificando emociones y creencias, mediante esta técnica se debatían los pensamientos negativos que tenía el paciente los cuales le provocan los síntomas como los cambios de estado de ánimo y dichos pensamientos le generan la depresión grave, además de ayudarlo a que encuentre nuevas alternativas para que logre superar dicha patología.

Octava sesión: Realizada en la fecha de 22/01/2021, tuvo una duración de 45 minutos. En esta sesión se realizó la aplicación de la técnica relajación progresiva para disminuir la tensión en los músculos, pues la depresión afecta no solo mental sino también físicamente y esto a su vez le ayudaría a controlar sus emociones.

Novena sesión: Realizada en la fecha de 22/01/2021, tuvo una duración de 45 minutos. En esta sesión se realizó la aplicación de la técnica descatastrofización mediante la cual se realizó el análisis de sus pensamientos negativos desde una perspectiva más realista; Es decir, en esta actividad el paciente debía imaginar lo peor sobre el suceso, cuál sería lo peor de ello, así como cuán probable es que eso ocurra de nuevo. Luego se realizó un feedback sobre todo lo trabajado durante todas las sesiones.

SITUACIONES DETECTADAS

Paciente masculino de 69 años de edad, que presenta síntomas que interfieren en sus actividades cotidianas y causan perturbación y deterioro en diferentes áreas significativas del funcionamiento como son: Área cognitiva, afectiva, conductual y somática detalladas a continuación:

AREA COGNITIVA

Se logró detectar mediante la entrevista que el paciente presentaba baja autoestima, dificultad para concentrarse, sentimiento de inutilidad, preocupación constante, sentimientos de frustración e ideas suicidas, los cuales son muy frecuentes, además refiere que todos estos síntomas se dan por el trato que le da su hija y su dificultad para ser independiente.

ÁREA AFECTIVA

El deterioro que presenta el paciente es desde hace 1 año donde se logró detectar tristeza, oscilaciones afectivas, desesperanza, anhedonia, las cuales han causado dificultades en su estado emocional.

ÁREA CONDUCTUAL

Se pudo corroborar mediante la entrevista que el paciente presentaba aislamiento y soledad, debido a que el paciente expresó: “me siento muy solo, no tengo a quién acudir de forma inmediata, siento que nadie me va a comprender, por eso evito conversar con alguien, no tengo familia cerca, tengo un hermano, pero vive en Manabí, a veces me llama, pero no contesto”.

AREA SOMÁTICA

El paciente manifestó que debido a la situación por la que estaba pasando le generaba insomnio, cansancio, pérdida de apetito, pérdida de peso, fatiga, inmovilidad y dolor en sus extremidades superior e inferior del lado izquierdo, todo esto al no poder realizar sus actividades diarias.

A través del test de Beck se logró conocer el nivel de gravedad de la depresión debido a que dio una puntuación de 40, que se encuentra dentro del rango 29 – 63 que según los indicadores de la prueba significa un nivel de depresión grave.

Como factores predisponentes están los fracasos de sus relaciones amorosas, el abandono de ambas parejas y la indiferencia que tiene la hija con él, mientras que el evento precipitante fue el derrame cerebral lo cual conlleva a todos esos signos y síntomas.

El tiempo de evolución de todo el cuadro psicopatológico es hace 1 año cuando el paciente comenzó a presentar deterioro en las diferentes áreas significativas del funcionamiento.

De tal manera que, como conclusión diagnóstica a través de todos estos síntomas mediante la observación y análisis podemos determinar el cuadro psicopatológico que está presentando el paciente, además utilizando el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 los criterios diagnósticos según el trastorno depresivo mayor 296.2 (F32.2).

SOLUCIONES PLANTEADAS

Se plantea el consiguiente esquema psicoterapéutico, en donde se hallarán las técnicas que fueron aplicadas al paciente, que le ayudaran en su área cognitiva-conductual, mediante las siguientes:

Nº Sesión 1

Fecha: 15/1/2021

Técnica: práctica cognitiva

Categoría: Cognitivo, conductual, ambiental.

Objetivo: Reconocer y crear respuestas para tales problemáticas antes de que conduzcan a un encuentro indeseable de decepción.

Actividad: Pedirle al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea.

Resultados: Distinguimos los impedimentos intelectuales, de conducta o naturales que le impiden cumplir la tarea.

Nº Sesión 2

Fecha: 18/1/2021

Técnica: Examinando evidencias

Categoría: Cognitivo, afectivo, conductual.

Objetivo: Analizar la prueba de la legitimidad de sus convicciones o pensamientos negativos.

Actividad: Pedirle al paciente que diga que hechos confirman ese pensamiento, que hechos lo niegan, demostrándole un porcentaje a las pruebas a favor y en contra.

Resultados: Identificación de las creencias y pensamientos negativos.

Nº Sesión 3

Fecha: 20/1/2021

Técnica: Asignación de tareas.

Categoría: Cognitivo, conductual.

Objetivo: Determinar si la actividad hace que disminuyan sus preocupaciones y mejore su humor.

Actividad: Incitar al paciente a valorar todo en igualdad de condiciones y subrayar la forma en que llegó a su objetivo con su propio trabajo y sus capacidades.

Resultados: Disminución de preocupación y su estado de ánimo.

Nº Sesión 4

Fecha: 22/1/2021

Técnica: Clasificando emociones y creencias

Categoría: Cognitivo, afectivo, conductual.

Objetivo: Debatir los pensamientos negativos que genera la depresión grave, y encontrar nuevas alternativas funcionales que le ayuden a superar la depresión.

Actividad: Realizar un debate para que el paciente analice sus pensamientos negativos que le están afectando y hallar otras alternativas para superar su patología.

Resultados: Fijación de nuevas alternativas funcionales para eliminar pensamientos negativos y superar la depresión.

Nº Sesión 5

Fecha: 25/1/2021

Técnica: Relajación progresiva.

Categoría: Cognitivo, fisiológico, conductual.

Objetivo: Disminuir tensiones físicas y emocionales.

Actividad: Hacer que el paciente cierre sus ojos y realice una serie de ejercicios. Resultados: Disminución de los síntomas, tensiones físicas y pensamientos negativos.

Nº Sesión 6

Fecha: 26/1/2021

Técnica: Descatastrofización.

Categoría: Cognitivo, afectivo, conductual.

Objetivo: Analizar los pensamientos negativos que le provoca la depresión desde una perspectiva más realista.

Actividad: Imaginar, lo peor sobre el suceso, y cual sería lo peor de ello, así como cuan probable es que eso ocurra de nuevo.

Resultados: Anulación de la culpa y la activación del pensamiento negativo.

CONCLUSIONES

Conforme al trabajo que he realizado, se puede concretar que la intervención en el paciente adulto mayor fue exitosa, ya que se efectuó de manera exhaustiva y minuciosa, cabe mencionar que se logró disminuir la sintomatología de la depresión, ya que esta le generaba malestar clínicamente significativo en su estado fisiológico y mental, además esta patología consiste en baja autoestima, pérdida de apetito, pérdida de peso, insomnio, entre otros síntomas los cuales impedían que llevara a cabo sus actividades cotidianas que normalmente realizaba.

Mediante este estudio de caso pude conocer que los adultos mayores son más propensos a sufrir depresión por muchos factores, entre ellos; está el envejecimiento prematuro, el abandono de sus familiares, las enfermedades catastróficas, pérdida de seres queridos, amigos, la economía, la vulnerabilidad de sus derechos, la falta de afectividad.

Las distorsiones negativas le generaban los cambios de estados de ánimo en el paciente causando ideas suicidas, cabe recalcar que la soledad y falta de socialización conllevan a dichos sentimientos, haciendo que el paciente perdiera las ganas de vivir, sumado a esto las dificultades para movilizarse por la enfermedad que sufrió deteriorando sus extremidades superior e inferior del lado izquierdo.

Fue fundamental la utilización de la terapia cognitiva conductual para la intervención, pues mediante ella se logró desensibilizar sistemáticamente esos pensamientos automáticos en el paciente, además con la utilización de este enfoque el paciente puede encontrar nuevas alternativas que le generen pensamientos positivos para continuar con su recuperación tanto física como mental.

Además, la indiferencia de la hija fue el factor predisponente generando los pensamientos negativos, lo cual dió lugar a que la patología tenga un tiempo aproximado de un año, a esto se le

agrega la enfermedad física que sufrió como es el derrame cerebral, siendo este el evento precipitante para que genere la sintomatología al punto de querer terminar con su existencia.

Cabe resaltar la predisposición que tuvo el paciente, ya que en estos casos es muy importante la colaboración para llevar a cabo un esquema psicoterapéutico, de esta manera realizar un trabajo conjunto ya que mejora la relación entre el terapeuta y el paciente, debido que en una atención psicológica es necesario establecer un buen rapport desde la primera sesión.

Para finalizar se puede concluir que trabajar con un adulto mayor me ayudó a comprender mejor que al llegar a esa edad se requiere de mucha comprensión, cuidado, compañía, pero sobretodo escucharlos, para que no tengan sentimientos u oscilaciones afectivas.

Se recomienda realizar psicoeducación sobre el trastorno depresivo y cómo influye en los adultos mayores, además se debe asignar tareas pequeñas para evitar sentimientos de menosprecio e inutilidad, también se debe respetar sus espacios, integrarlos en actividades recreativas, familiares y sociales, asimismo, es necesario que se mantengan en constante chequeos médicos para evaluar su estado físico y mental, además de eso la alimentación es parte fundamental para llevar a cabo lo antes mencionado.

BIBLIOGRAFIA

Aarón T. Beck, J.R. (2010). *Terapia Cognitiva De La Depresión*. Bilbao: DESCLÉE DE BROWER, S.A.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.

Beck, J. S. (2006). *Terapia cognitiva*. Barcelona: gedisa.

Cervera, G. (2011). Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos. *Clínica del Sistema Nervioso*, 25-26.

DAVID A. CLARK, A. T. (2012). *TERAPIA COGNITIVA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD*. Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER, S.A.

Doris Yisell Rubio Olivares, L. R. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *varona*, 1-3.

Dr. Pedro García Parajuá, D. M. (2000). *GUÍA DE BOLSILLO DE LA CLASIFICACION CIE 10 clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: MEDICA PANAMERICANA, S. A.

García, A. M, & Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 57-58.

Manual de prácJosé Armando Peña Moreno, N. I. (2011). *Manual de práctica básica del adulto mayor, 2ª edición* . Mexico: El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Morrison, J. (2015). DSM-5® *Guía para el diagnóstico clínico*. Mexico: El Manual Moderno.

Organización Mundial de la Salud. (5 de febrero de 2018). *www.who.int*. Obtenido de *www.who.int*: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Padilla, E. A. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 74-75.

Puerta Polo, J. V., & Padilla Díaz, D. E. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 252-253.

Robledo, D. L., & Ávila, D. J. (2010). *Envejecimiento Humano Una visión transdisciplinaria*. Mexico: INSTITUTO DE GERIATRÍA.

Robledo, D. L., & Ávila, D. J. (2010). *Envejecimiento Humano Una visión transdisciplinaria*. Mexico: NSTITUTO DE GERIATRÍA.

Anexos

Anexo 1. Historia clínica reformada

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: ____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

- a. Genograma (Composición y dinámica familiar).
- b. Tipo de familia.
- c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

6.3. HISTORIA LABORAL _____

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL _____

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses) _____

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD _____

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros) _____

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO _____

6.9. HISTORIA MÉDICA _____

6.10. HISTORIA LEGAL _____

6.11. PROYECTO DE VIDA _____

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje) _____

7.2. ORIENTACIÓN _____

7.3. ATENCIÓN _____

7.4. MEMORIA _____

7.5. INTELIGENCIA _____

7.6. PENSAMIENTO _____

7.7. LENGUAJE _____

7.8. PSICOMOTRICIDAD _____

7.9. SENSOPERCEPCION _____

7.10. AFECTIVIDAD _____

7.11. JUICIO DE REALIDAD _____

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD _____

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social - escolar		
Somática		

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

Firma del pasante

Anexo 2. Criterios del DSM-5 para trastorno de depresión mayor

Trastorno de depresión mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser

comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo.

Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también

se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Grave (F32): El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

Anexo 3. Test de Beck

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

6) .

No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7) .

No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

8) .

No me considero peor que cualquier otro.

Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13) .

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14) .

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19) .

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck: Puntuación Nivel de depresión*

1-10Estos altibajos son considerados normales.

11-16Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20Estados de depresión intermitentes.

21-30Depresión moderada.

31-40Depresión grave.

+ 40Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

Anexo 4. Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson

Esta técnica consiste en tensar y relajar distintos grupos musculares. Al final de la etapa de aprendizaje y entrenamiento, el paciente será capaz de relajar su musculatura en cualquier momento sin necesidad de tensarla previamente.

Fases.

Dos primeras semanas: Práctica diaria de tensar y relajar los 16 grupos musculares.

Tercera semana: El tiempo para relajarse se acorta.

Cuarta semana: Se aprende a relajar sin tensión previa.

Quinta y sexta semanas: Se aprende a estar relajado mientras se realizan otras actividades.

Séptima semana: Se practica la relajación rápida muchas veces al día en situaciones no estresantes.

Pasos.

Siéntate en una silla, con la espalda recta y las manos sobre las piernas en una posición relajada. Los dos pies apoyados en el suelo.

Inhala profundamente llevando el aire a tu abdomen. Al exhalar, deja que tu cuerpo empiece a relajarse.

Cierra los puños. Aprieta los antebrazos, los bíceps y los pectorales. Mantén esa tensión durante 7 segundos y afloja. Nota cómo brazos y pecho se relajan.

Arruga la frente y mantenla así durante 7 segundos. A la vez rota la cabeza hacia un lado y luego hacia el otro. Afloja y siente la relajación en la zona.

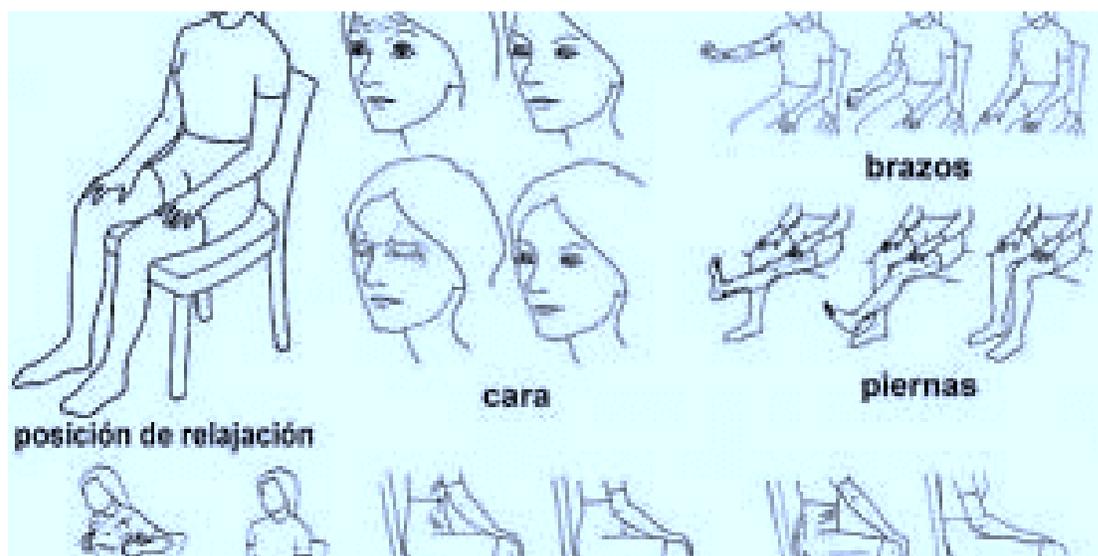
Arruga la cara. Frunce el entrecejo, los ojos, los labios, aprieta la mandíbula y encorva los hombros. Mantén la posición 7 segundos y afloja, centrándote en las sensaciones que la relajación te produce.

Exhala profundamente y arquea la espalda suavemente. Mantén la postura 7 segundos y relaja.

Inhala profundamente y saca el abdomen, dejando que se hinche todo lo posible, mantén la posición 7 segundos y suelta. Fíjate bien en lo que notas en abdomen y espalda al relajar.

Flexiona los pies y los dedos de los pies. Tensa los muslos, las pantorrillas y los glúteos. Mantén la tensión durante 7 segundos y afloja.

Para terminar, estira los pies como una bailarina, a la vez que tensas muslo, glúteos y pantorrillas de nuevo. Pasados 7 segundos suelta y siente la relajación.



Anexo 5. Técnicas Práctica Cognitiva

La “práctica cognitiva” es una técnica que consiste en pedirle al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea.

Otro objetivo de la práctica cognitiva consiste en identificar posibles “obstáculos” (cognitivos, conductuales, o ambientales) que pudieran impedir la realización de la tarea.

El plan principal del terapeuta será identificar y desarrollar soluciones para tales problemas antes de que den lugar a una experiencia de fracaso no deseada.



Anexo 6. Técnica Examinando las evidencias.

TÉCNICA: Examinando las Evidencias

Descripción

Al explicar esta técnica, el terapeuta debe decir lo siguiente: “Ahora que ya ha definido las palabras, y señalado la forma en que se puede poner a prueba su pensamiento, incluyendo las predicciones, debería analizar las evidencias tanto a favor como en contra de la validez de sus creencias negativas. Tomemos como ejemplo el pensamiento negativo, ‘Soy un fracasado.’ Ud. ha definido al fracaso como ‘no alcanzar las metas propuestas’, y al éxito como ‘alcanzar las metas propuestas’. Divida la hoja por la mitad trazando una línea, y escriba ‘Soy un fracasado’ en la parte superior. Enumere todas las evidencias que coincidan con su creencia en la columna izquierda, y todas las que la contradigan en la columna derecha (véase Figura 3.5).

“Además de enumerar los items a favor y en contra de la validez de su pensamiento, es importante que los sopeses desde un punto de vista psicológico—es decir, ¿cuán convencido está de las pruebas a favor o en contra? De esta forma, podrá notar que casi siempre existe alguna evidencia que respalde una creencia; lo importante es analizar todas las pruebas incluida en ambas columnas.

“Cuando se examina una creencia, es importante trabajar con ella bajo el formato de una declaración de hechos—es decir, una afirmación sobre lo que Ud. cree es cierto. Evite usar frases que se refieran simplemente a sentimientos—tales como, ‘Me siento triste, deprimido, enojado, etc.’—ya que estos no son pensamientos o creencias que podamos poner a prueba. No tendría sentido argumentar que no se siente triste si realmente dice que es así. Asimismo, no debemos analizar frases retóricas, tales como ‘¿No es la vida horrible?’ o ‘No puedo creer que esto esté pasando.’ Nuevamente, estos no son pensamientos objetables. Puede parafrasearlos como de-

claraciones de hechos, por ejemplo ‘La vida es horrible’ o ‘Es terrible que esto esté pasando,’ de modo tal de recopilar evidencias a favor y en contra de la validez de sus pensamientos.

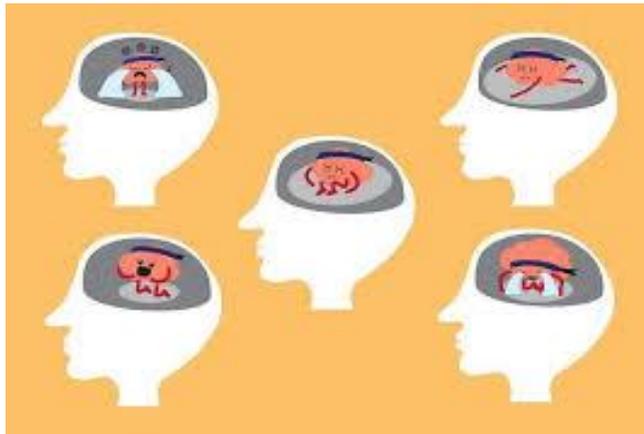
“Analice sus afirmaciones para comprobar si son triviales porque son ciertas para casi todas las personas. Por ejemplo, ‘Es posible que haya sufrido un ataque de pánico’ es una frase que no tiene sentido a nuestros fines porque a todos nos puede pasar. Lo que realmente interesa es aquello que *si podemos probar* basándonos en los hechos—las creencias implícitas, tales como ‘Probablemente, tendré un ataque de pánico’ o ‘Sería terrible si sufriera un ataque de pánico’ o ‘Me volvería loco si sufriera un ataque de pánico’. Por último, no podemos recabar evidencias sobre afirmaciones del tipo ‘Y qué importa si’ ya que no expresan claramente la realidad. En consecuencia, debe transformarlas en proposiciones—predicciones y afirmaciones sobre hechos. Por ejemplo, ‘Y qué si tengo un ataque de pánico’ podría convertirse en ‘Voy a tener un ataque de pánico’ o ‘Sería terrible tener un ataque de pánico’ o ‘Moriré si tengo un ataque de pánico’.

Pensamiento negativo: “Soy un fracasado.”

Evidencias a favor. . .	Evidencia en contra . . .
<p><i>Estoy soltero.</i></p> <p><i>No gano mucho dinero.</i></p> <p><i>Los demás no me aprecian tanto como a otras personas.</i></p> <p><i>Me siento deprimido.</i></p>	<p><i>Tengo amigos.</i></p> <p><i>Soy una buena persona—con buenos valores.</i></p> <p><i>Mi desempeño laboral es bueno.</i></p> <p><i>Soy amable y considerado con mis parientes.</i></p>
<p><i>Evidencia más importante a favor de este pensamiento:</i></p> <p><i>No gano mucho dinero.</i></p>	<p><i>Evidencia más importante en contra de este argumento:</i></p> <p><i>Soy una buena persona.</i></p>
<p><i>% de evidencia a favor de este pensamiento: 10</i></p>	<p><i>% de evidencia en contra de este pensamiento: 90</i></p>
<p><i>Evidencias a favor – evidencias en contra = -80</i></p>	
<p>Conclusión:</p> <p><i>Muchas buenas personas se deprimen, y ganar mucho dinero no los hace mejores ni peores. Todos están solteros en algún momento. Necesito dejar de subestimar me y de usar palabras como “fracasado”.</i></p>	

Anexos 7. Técnica Asignación de tareas

1. Definición del problema.
2. Formulación de un proyecto. Asignación de una serie de tareas (o actividades) ordenadas de más simples a más complejas.
3. Observación inmediata y directa por parte del paciente de su éxito
4. Eliminación de las dudas del paciente, de sus reacciones cénicas y de la minimización de sus logros.
5. Estimular al paciente para que evalúe de forma realista.
6. Énfasis en el hecho de que el paciente alcanza el objetivo gracias a su propio esfuerzo y a sus capacidades.
7. Asignar tareas nuevas y más complejas en colaboración con el paciente.



Anexo 8. Clasificando Emociones y creencias

Clasificando Emociones y Creencias

El grado de su creencia en pensamientos negativos puede variar con los distintos eventos y bajo distintas circunstancias. Anote el evento o la situación en la que se encuentra cuando experimenta un pensamiento negativo. Por ejemplo, "sentado solo" o "pensando si ir a una fiesta" o "tratando de trabajar". Luego anote sus pensamientos negativos, cuanto cree en ellos, sus emociones y la intensidad con que las experimenta.

Evento/situación	Pensamiento negativo y grado de creencia (0-100%)	Emoción e intensidad de la misma (0-100%)

“si fuera a clasificar su tristeza de 0% a 100%, ¿qué porcentaje le daría?

“ahora veamos cuanto cree en ese pensamiento: -nunca podré ser feliz-. Si tuviera que calificarlo de 0% a 100% de certeza ¿cuánto le pondría?

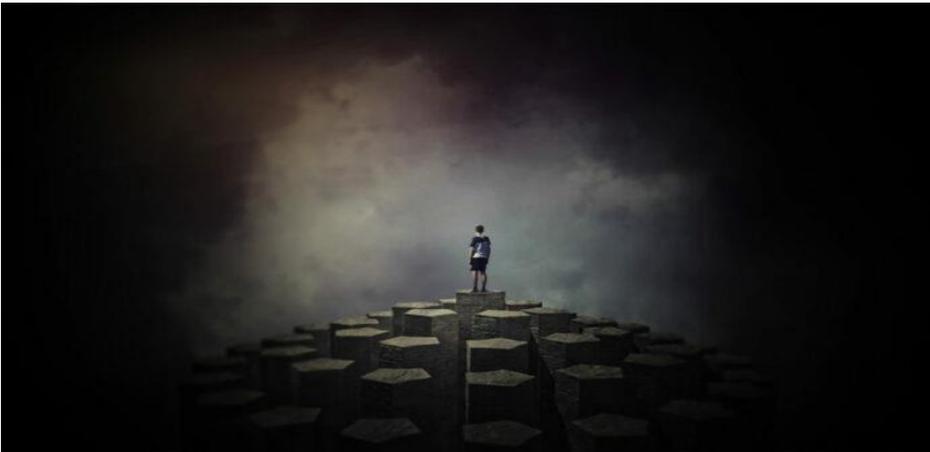
Anexo 9. Técnica de Decatastrofización

Decatastrofizar.

“Imaginar el peor resultado posible y después juzgar objetivamente su gravedad”.

La decatastrofización consta de tres componentes:

1. Fase de preparación.
2. Descripción de la catástrofe (“¿Qué es lo peor que podría ocurrir?”; “¿Qué sería lo peor de eso?”)
3. Fase de resolución de problemas.



Formulario de Interpretaciones Alternativas

Nombre: _____ Fecha: _____

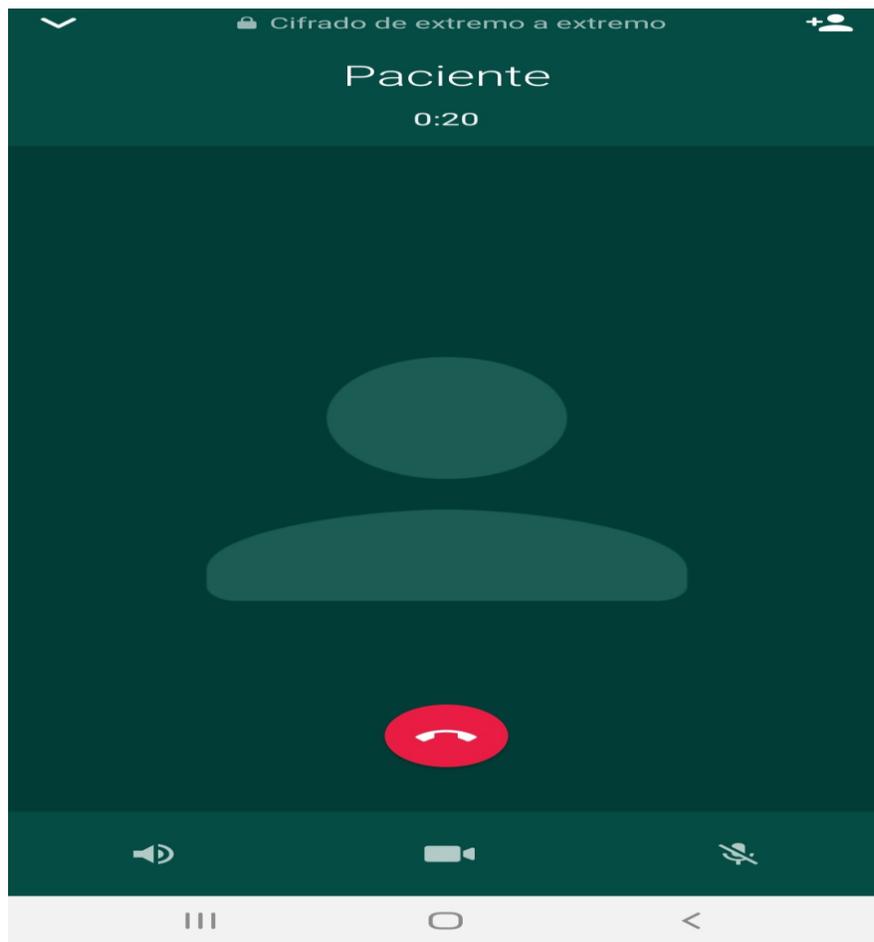
1. Describa brevemente el resultado asociado a su ansiedad que más teme (el peor escenario posible): _____

2. Describa brevemente el resultado asociado a su ansiedad más deseable (el mejor escenario posible): _____

3. Describa brevemente el resultado asociado a su ansiedad más realista (probable): _____

Evidencias favorables al Resultado Temido (punto de vista catastrófico)	Evidencias favorables al Resultado más Deseado (objetivo más deseable)	Evidencias favorables al Resultado más Probable (punto de vista alternativo)
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.

Anexo 10. Sesión con el paciente.



En esta sesión con el paciente mediante llamada por WhatsApp, donde se explicó sobre la realización sobre una de las técnicas cognitivas conductuales para la depresión, llamada asignación de tareas.