



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



DOCUMENTO PROBATORIO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

PROBLEMA:

ABANDONO FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO EMOCIONAL DE
UNA MUJER DE 65 AÑOS INTERNADA EN EL CENTRO RESIDENCIAL
GERONTOLÓGICO ATALAYA DEL CANTÓN CHILLANES PROVINCIA DE
BOLÍVAR.

AUTOR:

CARMEN ELISA VELASCO GAIBOR

TUTOR:

PSIC. PATRICIA DEL PILAR SÁNCHEZ CABEZAS, PHD.

BABAHOYO - 2022

RESUMEN

A medida que el ser humano envejece se generan múltiples cambios a nivel biológico, físico, psicológico, cognitivo, social y familiar, dichos cambios requieren en el adulto mayor de preparación, formación, aceptación y adaptación, lo cual es importante también para los miembros del entorno. Por su parte los cambios físicos son fáciles de identificar, pero no ocurre lo mismo con los cambios que surgen en el estado emocional. Por tal razón el objetivo de la presente investigación se centra en analizar si el abandono familiar influye en el estado emocional de una mujer de 65 años internada en un centro residencial gerontológico.

En la recolección de información se realizó una amplia investigación bibliográfica y se trabajó con un caso práctico, donde se llevó a cabo la intervención y se obtuvo un diagnóstico. En base a esto se propone un esquema terapéutico centrado en la terapia cognitiva conductual del psicólogo Aaron Beck. Además, se utilizó métodos de investigación como estudio de caso, método psicométrico y método clínico. Las técnicas empleadas son entrevista psicológica, historia clínica, observación directa, inventario de depresión de Beck y la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Por consiguiente, los resultados apuntan que el abandono familiar, la situación del Covid-19 y encontrarse en un asilo influyen directamente en los síntomas que presenta de la paciente, también se ha visto afectado el desenvolvimiento personal, social, la salud física y mental. En conclusión, el abandono familiar repercute de forma directa en el deterioro del estado emocional de la persona adulta que se encuentra internada en un centro residencial.

Palabras claves: abandono familiar, estado emocional, asilada, adulto mayor, Terapia cognitiva conductual.

ABSTRACT

As the human being ages, multiple changes are generated at the biological, physical, psychological, cognitive, social and family levels, these changes require in the elderly adult preparation, training, acceptance and adaptation, which is also important for the members of the environment. On the other hand, the physical changes are easy to identify, but the same does not happen with the changes that arise in the emotional state. For this reason, the objective of this research focuses on analyzing whether family abandonment influences the emotional state of a 65-year-old woman admitted to a gerontological residential center.

In the collection of information, an extensive bibliographic research was carried out and a practical case was worked, where the intervention was carried out and a diagnosis was obtained. Based on this, a therapeutic scheme focused on cognitive behavioral therapy by the psychologist Aaron Beck is proposed. In addition, research methods such as case study, psychometric method and clinical method were used. The techniques used are psychological interview, medical history, direct observation, the Beck depression inventory and the Yesavage geriatric depression scale. Consequently, the results indicate that family abandonment, the situation of Covid-19 and being in an asylum directly influence the symptoms that the patient presents, personal, social, physical and mental health have also been affected. In conclusion, family abandonment has a direct impact on the deterioration of the emotional state of the adult who is hospitalized.

Keywords: family abandonment, emotional state, isolated, elderly, cognitive behavioral therapy.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO.....	2
Justificación	2
Objetivo	2
Sustentos Teóricos	3
Abandono Familiar.....	3
Estado emocional	6
Abandono familiar y estado emocional en el adulto mayor institucionalizado.	8
Terapia cognitiva conductual de Aarón Beck	9
Técnicas aplicadas para la recolección de la información.....	10
Resultados obtenidos	14
Situaciones detectadas	17
Soluciones planteadas	19
CONCLUSIONES.....	20
BIBLIOGRAFÍA	22
ANEXOS.....	24

INTRODUCCIÓN

La familia forma parte de la red social de apoyo que toma un protagonismo crucial a medida que el ser humano envejece, debido a que es un ciclo de vida donde se pierden la mayor parte de las relaciones sociales. Además según Vásquez (2016) “El envejecimiento produce cambios biológicos, disminuyendo progresiva y sostenidamente las funciones vitales del organismo de cada persona, el deterioro va progresando a medida que el ser humano transcurre en la cotidianidad”. Por otra parte Sánchez et al. (2020) “concluye que el envejecimiento de manera natural supone un deterioro cognitivo en los adultos mayores, pero esta puede ser compensada, corregida o prevenida”.

La familia tiende a convertirse en el único y mejor recurso de apoyo para el adulto mayor, siendo proveedores de cuidado, ayuda económica y fuente importante de sostén emocional. Sin embargo cuando existe el abandono por parte de los familiares, el estado emocional de los adultos mayores tiende a verse afectado de forma considerable. Por tal razón en el actual estudio de caso se busca constatar que el abandono familiar influye en el estado emocional del adulto mayor. Este trabajo investigativo se realiza con fundamento en la línea de investigación de en la carrera de psicología Clínica: prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico y la sub-línea de investigación: psicoterapias individuales y/grupales.

En función de lo planteado esta investigación se efectúa con la finalidad de resolver una temática de la cual no existen muchos estudios, sin embargo comprende una problemática actual que a raíz de la pandemia Covid-19 se ha intensificado. Con este trabajo se ofrece un gran aporte a la comunidad académica. Para llevar a cabo el proceso del estudio de caso se implementó la metodología cualitativa con los métodos: estudio de caso, clínico, bibliográfico, psicométrico y descriptivo.

De igual forma se utilizó técnicas como: entrevista psicológica, observación directa, historia clínica, inventario de depresión de Beck y la escala de depresión geriátrica de Yesavage, escala de ansiedad de Hamilton y escala de autoestima de Rosenberg. Asimismo se realizó una amplia investigación bibliográfica y se trabajó con un caso clínico. Por último la distribución de esta investigación es la siguiente: consta de, resumen abstract, introducción, desarrollo que comprende justificación, sustentos teóricos, técnicas aplicadas, resultados obtenidos donde constan las situaciones detectadas y las soluciones planteadas, y finalmente las conclusiones, recomendación, bibliografía y anexos.

DESARROLLO

Justificación

El presente estudio de caso engloba el tema del abandono familiar y el estado emocional de una mujer de 65 años internada en un centro residencial gerontológico. La importancia de este trabajo se basa en analizar si el abandono familiar influye en el deterioro del estado emocional del adulto mayor. Teniendo como propósito ofrecer soluciones para mejorar el bienestar psico-emocional de la paciente frente a la realidad que vivencia.

En primera instancia el beneficiario directo de esta investigación es el paciente, puesto que gracias a la intervención terapéutica aprenderá a mejorar sus pensamientos y visión negativa de su entorno. En segunda instancia desde una perspectiva netamente profesional también son beneficiarios los estudiantes y profesionales del área salud mental, de tal forma que esta investigación servirá de aporte a la comunidad académica y científica para los futuros trabajos investigativos que se realicen con relación al tema.

Cabe destacar que el abandono familiar en las personas adultas mayores aumento a raíz de la pandemia Covid-19. Nótese también que la situación mundial tiene gran impacto negativo a nivel psicológico no solo en los adultos mayores sino también en el resto de la población. Desde una perspectiva más general el beneficio que se adquiere con la investigación es extraer información concerniente a técnicas, baterías psicométricas y técnicas de intervención terapéutica que ayuden a pacientes que se encuentren en situaciones similares.

Este estudio de caso es trascendente porque propone un abordaje psicológico basado en la terapia cognitiva conductual que sea aplicado en los pacientes adultos mayores para mejorar el estado emocional y por ende el desenvolvimiento en el entorno que puede verse afectado posteriormente. El impacto radica en las técnicas de reestructuración cognitiva que se proponen para el tratamiento en estos casos. El tema y caso abordado tienen factibilidad debido a que existen los recursos, herramientas y tiempo necesarios para el desarrollo.

Objetivo

Analizar la influencia del abandono familiar en el estado emocional de una mujer de 65 años internada en el Centro residencial gerontológico Atalaya del cantón Chillanes, provincia de Bolívar.

Sustentos Teóricos

Abandono Familiar

El abandono familiar se trata del desamparo y disolución de la relación con un familiar, cuando no se desea asumir la responsabilidad de cuidar del mismo. En este sentido Morales (2014) plantea “el abandono familiar es la falta de atención y cuidado por parte de los familiares el cual afecta en mayor parte el aspecto psicológico y emocional” (pág. 29). De tal manera los adultos mayores en situación de abandono tienden a presentar síntomas de depresión, ansiedad y otros trastornos mentales.

Roldán (como se citó en Cobeñas, 2018) afirma que el abandono familiar es la negligencia y descuido por parte de familiares hacia ciertos integrantes de la familia, siendo el abandono del adulto mayor una dinámica que se vive casi a diario y es incalculable el número de personas mayores que son despojadas del núcleo familiar, existiendo así gran cantidad de historias que describen una realidad constante en la sociedad.

La noción de abandono familiar hace referencia al acto premeditado de desamparar y dejar de lado a un miembro de la familia, que sea considerado una responsabilidad o carga difícil de asumir sea por exceso de cuidados, falta de recursos económicos, entre otros (Medina y Mendoza, 2015, p.40). El abandono es el acto de descuidar y alejarse de una persona que implique responsabilidad para otro sujeto.

De acuerdo al diccionario enciclopédico Larousse el abandono es desamparar o dejar sola a una persona, sobre quien se tiene obligación de atender, cuidar y mantener. Medina y Mendoza (2015) afirman que la falta de responsabilidad de índole parental y social se define como abandono familiar y surge ante la omisión de necesidades únicas para la supervivencia del familiar, no siendo satisfechas por los demás miembros ya sea de forma temporal o permanente.

En base a lo antes mencionado se advierte que las principales formas de abandono que vive el adulto mayor son la falta de cuidado y atención de los familiares. Fuentes y Flores (2016) aseguran que el abandono familiar afecta de manera directa a nivel emocional y psicológico al adulto mayor, puesto que son propensos a deprimirse, presentar alteraciones de sueño - apetito y en casos de gravedad denotan deseos de no vivir.

En función de lo planteado al referirnos al abandono familiar no se trata únicamente del incumplimiento de deberes legales y sociales, sino también a la falta de asistencia, acogimiento y tutela del miembro familiar. Asimismo implica la exclusión del núcleo familiar sin considerar en el caso de los adultos mayores las condiciones de vulnerabilidad que presenten. Por estas razones la persona adulta mayor queda en desamparo, confinado a vivir solo y en condiciones precarias para quienes no cuentan con un sustento económico, en el mejor de los casos son llevados a centros de acogida gerontológicos donde pierden las relaciones y cualquier tipo de contacto con familiares y personas del entorno social.

En otras palabras el abandono familiar es la falta de comunicación y contacto con un miembro de la familia. El proceso con el adulto mayor inicia con la ruptura de la comunicación, anulación de sentimientos y se genera el aislamiento que conlleva al olvido. El resultado de este proceso ocasiona en el adulto mayor cambios bruscos a nivel emocional, viéndose afectados por todo tipo de problemas que pueden derivar en cuadros de depresión, a su vez esto provoca mayor distanciamiento y desinterés de sí mismo. Cuando experimenta sentimientos de soledad el adulto mayor refleja pensamientos negativos como desear no ser carga de nada, ni molestia para los hijos e incluso desear la muerte. El estado anímico decae y presenta mayor vulnerabilidad frente a los sucesos que surjan en el entorno que lo rodea.

Causas del abandono familiar

Según Pincay (2018) algunas de las causas de abandono familiar son:

- Superar la capacidad familiar en el hogar para asumir el cuidado de otra persona.
- Requieren de múltiples cuidados y gastos.
- Pérdida del control y frustración ante la responsabilidad de cuidador.
- Hogares donde hay historial de violencia familiar.
- Cambios inesperados en la vida del cuidador en función a expectativas laborales y personales.
- Cuidadores con algún problema de índole psiquiátrico.
- Familiares con alcoholismo, drogadicción y ludopatía.
- El cuidador o responsable del miembro familiar no cuenta con una red de apoyo familiar o social.
- Cuidador con diferentes responsabilidades, tareas de cuidado y obligaciones conyugales, domésticas y laborales.
- Poca relación entre el anciano y cuidador

- Familias con carencias económicas.
- Pocos recursos y lugar inadecuado para mantener al adulto.

Estas son algunas de las causas que generan el abandono familiar, nótese que existen una amplio número de causas, sin embargo las mencionadas son las que se presentan con más evidencia.

Consecuencias del abandono familiar

De acuerdo a Cabezas (citado por Belesaca y Buele, 2016), algunas de las consecuencias que experimenta el adulto mayor en situación de abandono son:

- Exclusión social: Comprende la pérdida de relaciones y contacto con otras personas del entorno donde se desenvolvía, al ser institucionalizado se anulan los lazos afectivos con la familia y sociedad.
- Enfermedades biológicas: El envejecimiento trae consigo múltiples afectaciones en la salud como desnutrición, hipertensión, diabetes, entre otros. Esto puede surgir durante la permanencia en un centro residencial, debido a que comprenden una población vulnerable porque el sistema inmunológico se encuentra en constante cambio.
- Deterioro Físico: Disminuyen las aptitudes físicas y mentales, puesto que la capacidad funcional del adulto para realizar actividades diarias de forma independiente se ve limitada, ya sea por algún trastorno, lesión o padecimiento de enfermedades crónicas.
- Trastornos Psicológicos: la permanencia en centros gerontológicos y el abandono de las personas cercanas afecta emocionalmente al individuo y genera sentimientos de frustración, soledad, depresión, angustia y ansiedad, asimismo tienden a presentar psicopatologías como neurosis aguda y psicosis. Esto se refleja también por falta de adaptación al nuevo entorno.

Tipos de abandono

Alquinga (2016) plantea que existen lo siguientes tipos de abandono:

Abandono total: consiste en la ausencia de un cuidador para los adultos mayores, que cubra con las necesidades básicas del mismo, de tal forma que se ven obligados a depender únicamente de la sociedad.

Abandono parcial: consiste en aquel abandono donde los familiares cuentan con las posibilidades económicas para enviar al adulto a un centro gerontológico, sin embargo la relación cambia debido a la ausencia de los familiares, lo que genera sentimientos de soledad en el adulto mayor. Este tipo de abandono también es ejercido por familias de escasos recursos que buscan ayuda en hogares de acogida públicos para aislar a los adultos del hogar.

Abandono físico: Es un tipo de abandono donde los familiares se limitan a pagar gastos del adulto mayor, en el caso de estar refugiados en centros privados pagan la mensualidad correspondiente, pero no tienen la iniciativa o intención de visitar al familiar, esto en el caso de las personas con buen estatus económico, sin embargo quienes son de escasos recursos olvidan totalmente a los familiares, dando espacio a que existan personas en situación de calle o indigentes.

Estado emocional

Según Gómez y Narváez (2020) estado emocional son los estados afectivos que el ser humano experimenta cuando reacciona ante determinada situación que vivencia en el ambiente que se desenvuelve, la duración es de horas, días e incluso semanas. Aunque la experiencia sea de intensidad baja tienen a durar bastante tiempo y producir cambios notables a nivel físico y emocional, los mismos que son notorios en el individuo y las personas que lo rodean.

Contreras (2021) afirma que el estado emocional tiene tendencia a variar constantemente de acuerdo a los acontecimientos que vivencie el individuo y la percepción del mismo, debido a la variabilidad del estado de ánimo es importante brindar atención a tiempo y prevenir así el desarrollo de psicopatologías que afecten la calidad de vida.

En función de lo planteado Goleman (1996) postula que es un estado afectivo que el ser humano experimenta de manera subjetiva del ambiente, donde adquiere aprendizajes acompañados de modificaciones a nivel físico, orgánico y mental. Cada ser humano posee diferentes formas de adaptarse a los cambios del ambiente que lo rodea y las emociones implican un proceso cognitivo que busca dar una respuesta adaptativa a las necesidades básicas.

Tipos de emociones

Las emociones primarias son innatas en el individuo y se trata de variaciones del estado de ánimo generadas por recuerdos u pensamientos, guardan relación con el proceso de

adaptación, desarrollo a nivel biológico y engloba características únicas del ser humano. Varios investigadores han trabajado en establecer las emociones primarias (Pulido & Herrera, 2017). Las emociones primarias son:

- Felicidad
- Ira
- Miedo
- Tristeza
- Aversión/asco
- Sorpresa

Las emociones secundarias son aquellas que se forman a partir de las emociones básicas, debido a la complejidad de este tipo de emociones para que el individuo las aprenda del entorno debe tener un grado de desarrollo cognitivo, por tal razón se considera que comienza el desarrollo a los 2 y 3 años aproximadamente. Son emociones que el sujeto aprende y se desarrollan a partir de la experiencia (García et al., 2018). Las emociones secundarias son:

- Culpa
- Vergüenza
- Entusiasmo
- Satisfacción
- Orgullo
- Complacencia
- Desprecio
- Placer

Funciones de las emociones

Chóliz (2005) menciona que la utilidad de las emociones se basan en funciones que permiten al individuo llevar a cabo las reacciones conductuales con independiente cualidad hedónica ante los acontecimiento que experimenta, hasta las emociones de más desagrado para el individuo posee funciones importantes para el ajuste personal y la adaptación social. De acuerdo a Reeve (1994) la emoción se compone de tres funciones principales:

- a. Funciones adaptativas
- b. Funciones sociales

c. Funciones motivacionales

Estados afectivos emocionales

García et al. (2014) afirma que los estados afectivos emocionales son reacciones de forma subjetiva que el ser humano da en respuesta al entorno, en otras palabras es una emoción constante y sostenida desencadenada ante situaciones externas y la reacción es notoria para las personas que rodean al sujeto. Se trata de estados emociones y mentales que menoscaba el bienestar principalmente físico, mental y emocional, a corto y largo plazo. La característica principal es nublar el entendimiento del sujeto, provocar agitación interna y limita la capacidad para pensar y actuar. Las consecuencias de los estados afectivos emocionales son a nivel de depresión, ansiedad y estrés. En cuanto a las dimensiones básicas de los estados afectivos emocionales son psico fisiológicas de valencia y activación.

Abandono familiar y estado emocional en el adulto mayor institucionalizado.

Gran parte de psicólogos que aportan a nivel investigativo en el campo de la psicología sostienen que las conductas del individuo sean normal o anormales, se basan en la interrelación de factores fisiológicos, genéticos y ambientales (experiencias desde la infancia hasta la actualidad). Los adultos mayores enfrentan con múltiples cambios de estados psicológicos, resultado directo de combinación de aspectos psíquicos, físicos y sociales, si se enfrenta al abandono presenta cambios brusco a nivel emocional que afectan la calidad vida del mismo, de aquí surgen las distintas alteraciones anímicas, que desencadenan psicopatologías como depresión y ansiedad en personas de la tercera edad. El proceso de abandono en el adulto mayor por parte de familiares inicia con la ausencia de comunicación y apoyo, los sentimientos dejan de ser relevantes, se genera el aislamiento que llega hasta el olvido.

Resultado del abandono la persona adulta mayor experimenta cambios en las emociones, tienen a ser personas más sensibles que cualquier situación por mínima que parece les afecta a nivel anímico, generando que terminen con cuadros de depresivos que afectan directamente en la salud física y mental. Además frente a esta realidad el adulto opta por aislarse en prejuicio de sí mismo, se ve como una molestia, carga y desea la muerte, se convierten en personas muy vulnerables anímicamente.

El abandono es un atentado contra los derechos que posee el adulto mayor y lo inclina a riesgo biopsicosociales, los cambios a nivel psicológico que produce la situación de

abandono, a menudo genera síntomas como desánimo, desgaste emocional, desilusión y desesperanza, por la experiencia que atraviesa el adulto al verse rechazado, abandonado y en ciertos casos olvidado. En este caso si no compensa las pérdidas en el área emocional, el adulto mayor presentará con mayor constancia pensamientos y sentimientos negativos que afectan la autoestima y valía personal, nótese que esto sucede más en casos de mujeres. Una investigación realizada por Cargua en 2011 en un centro Gerontológico del Chimborazo, demostró que existe un 44% de adultos mayores en dicho centro que tienen depresión estable, un 40% problemas de depresión y 16% depresión normal (Cargua, 2011).

Otra investigación realizada en la ciudad de Cuenca en la Fundación Gerontológica Plenitud demostró que el 50% de adultos mayores tiene depresión porcentaje del cual el 25% es leve, 12,5% es moderada y 12,5 es grave. En conclusión de la investigación determinaron que los factores directamente asociados en la presencia de depresión en el adulto mayor institucionalizado son: ausencia de redes de apoyo emocional, pérdida de roles, esquemas disfuncionales, estado de dependencia y proceso de duelo no superado, favorece la presencia de cuadros depresivos en los adultos mayores (Estrada et al., 2013).

Un estudio acerca de adultos mayores institucionalizados en los Centros de Bienestar del Anciano que se llevó a cabo en la ciudad de Medellín- Colombia dio como resultado 54.3% (n=150) de personas del centro encuestadas no registran síntomas de depresión, un 37% (n=102) presenta síntomas moderados de depresión y el 8.7% (n=24) registran síntomas de depresión severa (Estrada et al., 2013).

Pincay (2018) concluye en una investigación realizada a adulto mayor refugiado en el centro gerontológico de la Quevedo, que existe repercusiones tanto emocionales como mentales a raíz del abandono del adulto mayor por parte de la familia y esto se evidencia en los múltiples casos de pacientes con depresión y alteraciones a nivel cognitivo.

Terapia cognitiva conductual de Aarón Beck

La TCC o también conocida como Terapia cognitiva conductual es un tipo de psicoterapia breve que tiene objetivos limitados, fue creada por el psiquiatra Aaron Beck hace aproximadamente cincuenta años. De inicio la TCC fue propuesta para tratar casos de depresión. Se basa en identificar y transformar los patrones mal adaptativos en el procesamiento de la información a nivel cognitivo y el comportamiento siendo este el foco primario del enfoque terapéutico que propuso el psiquiatra, sin embargo tal base se amplió a modificar elementos cognitivos, afectivos y conductuales, el propósito de esta terapia es

ayudar al paciente en el manejo y deteniendo la progresión de la enfermedad (Mendoza, 2020).

Por consiguiente, Chávez et al. (2014) expresa que la TCC es un modelo de intervención en tratamiento para diferentes trastornos, que se enfoca en que el paciente modifique sus pensamientos, emociones y conductas, dando respuesta fisiológica más adaptativa para superar los problemas. Dos grandes teorías son las que se fusionan en la creación de la TCC, cabe mencionar que es un modelo activo, con estructura y centrado de forma directa en el problema. La intervención en TCC dura alrededor de diez a veinte sesiones y los resultados se comienzan a reflejar desde la cuarta o sexta semana de tratamiento.

Técnicas aplicadas para la recolección de la información

Para la ejecución del presente estudio de caso se trabajó con la metodología cualitativa y los siguientes métodos:

Metodología cualitativa: Es el procedimiento científico basado en datos no numéricos, es decir está centrada en detalles no susceptibles de cuantificación, en la toma de datos se utilizan principalmente entrevistas y observaciones. Esta metodología aporta en el estudio de caso porque se trata de una investigación descriptiva donde se analiza diferentes aspecto de la vida de un determinado sujeto para determinar existencia de relación entre factores externos y la afectación en la psiquis, todo esto se puede determinar mediante entrevista y observación del paciente, ambas técnicas mencionadas son las que se emplean en la metodología cualitativa.

Estudio de caso que es un método de investigación utilizado dentro del ámbito psicológico y otros ámbitos, dicho método se empleó en esta investigación debido a que se enfoca en trabajar sobre un caso específico y sirve para describir, evaluar, comparar y comprender los múltiples aspectos de la investigación.

Método clínico que es empleado ante todo en el área de psicología clínica. A través de este método se mantiene organización en el conjunto de técnicas e información que se recolecta en las sesiones con pacientes. Asimismo este método corresponde a un conjunto de técnicas utilizadas netamente en la práctica clínica, donde el profesional está destinado a responder ante las situaciones concretas que presenta el paciente.

Método psicométrico corresponde al conjunto de procedimientos que permiten la valoración cuantitativa, por medio de las diversas herramientas psicométricas para evaluar fenómenos psicológicos.

Método bibliográfico: Es el conglomerado de técnicas utilizadas para identificar y explorar documentos científicos que cuenten con información referente que aporte a la investigación.

Método descriptivo: Es un método que permite recopilar información utilizada posteriormente para elaborar análisis, comprende descripción, explicación, registro, análisis e interpretación de un fenómeno.

Asimismo se trabajó con las siguientes técnicas para la recolección de información:

Observación directa

Consiste en un método de recolección de información, donde el investigador por medio de la observación, extrae datos específicos de los hechos que se suscitan en presencia del mismo. En este estudio se implementó la guía de observación para lograr registrar datos concernientes al comportamiento de la paciente no solo durante las entrevistas, sino dentro del centro gerontológico. (Ver anexo B)

Entrevista psicológica

Es una técnica de recopilación de datos que consiste en el diálogo que establecen el psicólogo y él/los pacientes. El profesional es quién dirige el curso de la entrevista y acorde al discurso del paciente realiza las preguntas tanto abiertas como cerradas con respecto a la problemática presentada. Por lo tanto la entrevista psicológica se implementó en cada una de las sesiones con la paciente.

Historia clínica

Es un documento donde se registra toda la información concerniente al estado actual de los pacientes, asimismo se apuntan datos que corresponden al pasado, desarrollo de cada consulta, los altibajos y progresos que se obtienen. La historia clínica se utilizó en este estudio, para registrar información derivada de las exploraciones, valoraciones y evolución clínica que se obtienen a lo largo del proceso asistencial con la paciente. (Ver anexo C)

Inventario de depresión de Beck

Es un autoinforme de preferencia destinado para uso clínico, creado por Aaron T. Beck psiquiatra, fundador e investigador de la Terapia Cognitiva. Sirve para detectar y evaluar la gravedad de la depresión en adolescentes de 13 años o más y adultos. La aplicación se realiza con papel y lápiz, dicho cuestionario está compuesto por 21 ítems de tipo Likert con indicativos de síntomas tales como: pérdida de placer, pesimismo, tristeza, sentimientos de fracaso y culpa, llanto, pensamientos y deseos de suicidio, entre otros. Todos estos síntomas corresponden a los criterios diagnósticos que constan en el DSM-IV para trastornos depresivos.

La aplicación del inventario para ser completado de forma individual o colectiva requiere entre 5 a 10 minutos. Para la interpretación de los resultados del inventario existen los siguientes puntos de corte: 1-10 (estos altibajos se consideran dentro de la normalidad); 11-16 (leve perturbación del estado de ánimo); 17-20 (estados de depresión intermitentes); 21-30 (depresión moderada); 31-40 (depresión grave); más de 40 (depresión extrema). Por consiguiente este inventario fue aplicado en la paciente del estudio de caso debido a los indicios obtenidos de la guía de observación y la sintomatología presentada en consulta, con la finalidad de evaluar la gravedad. (Ver anexo D)

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Escala diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue concebida especialmente para la evaluación del estado afectivo de los ancianos. La escala ha sido diseñada según su versión original para ser autoadministrada, sin embargo es admisible la aplicación heteroadministrada. La versión original consta de 30 ítems, donde los puntos de corte son: 0-9 (no depresión); 10-19 (depresión moderada); 20-30 (depresión severa). Esta escala ha sido utilizada en el caso para el cribado de la depresión. (Ver anexo E)

Escala de autoestima de Rosenberg

Es un instrumento para medir y evaluar la autoestima, el cuestionario está formado de diez enunciados que abarcan aspecto de la satisfacción propia y la valía personal del individuo, las respuestas son representadas en escala de Likert. Las puntos de 0 a 3 son para las afirmaciones positivas que constan en las preguntas 1, 2, 4,6 y 7. Y la puntuación de 3 a 0 es para las afirmaciones negativas que se encuentran en las preguntas 3, 5, 8,9 y 10. Los

resultados son 15 puntos (baja autoestima), 15 a 25 (buena autoestima) y 30 en adelante (alta autoestima) (Ver anexo F).

Escala de ansiedad de Hamilton

Es una prueba realizada por Hamilton en 1959. Y el objetivo de la escala es medir y evaluar la ansiedad. Es hetero aplicada en niños y adultos, esta escala está formada por 14 ítems que evalúan dos parámetros ansiedad somática y ansiedad psíquica. También contiene un ítem que mide el estado deprimido del sujeto y para interpretar los resultados los rangos son: ansiedad moderada a grave en personas con más de 15 puntos; ansiedad leve con 6 a 14 puntos; no ansiedad de 0 a 15 puntos. (Ver anexo G)

Resultados obtenidos

Paciente adulta mayor de 65 años de edad, viuda, de religión católica, nacionalidad ecuatoriana, oriunda del cantón Chillanes, provincia de Bolívar, es remitida a consulta psicológica por parte de las enfermeras que laboran en el centro residencial gerontológico Atalaya, lugar donde se encuentra asilada. La paciente lleva dos años en el centro residencial y sus hijos no la visitan, además dejaron de realizarle llamadas, son cuatro meses que no se comunican y durante todo el tiempo que ha permanecido asilada en el centro solo la visitaron en una ocasión. Nótese que en desarrollo del presente estudio de caso se realizaron 5 sesiones con la paciente, cada una con duración de 45 minutos. A continuación describo el curso de las sesiones:

Sesión N° 1

Esta sesión se efectuó el día viernes 28 de mayo del 2021, de 10:35 a 11:40 am, debido a que la paciente fue remitida a consulta psicológica por parte de la enfermera que labora en el centro residencial, se inició la entrevista con quien refiere de acuerdo al protocolo del centro, la misma que con respecto al motivo de consulta refirió lo siguiente acerca de la paciente: *“la noto distraída y triste la mayor parte de los días, además no quiere comer y su peso a disminuido, en las pocas ocasiones que ha mostrado interés en platicar, su único tema de conversación es acerca de sus hijos”*.(enfermera del centro). El inicio del malestar se ha hecho notorio según la enfermera desde hace tres meses, donde la paciente presenta sintomatologías como estado de ánimo deprimido todos los días, desmotivación, cansancio, fatiga y desconcentración, además lleva 1 mes con pérdida de apetito e hipersomnia.

Una vez en la entrevista solo con la paciente, en primera instancia se procedió a la presentación, asimismo se brindó la explicación con respecto a la ética profesional, se socializó las directrices con respecto a la sesión y se buscó establecer el rapport. Al inicio la paciente se mostró poco comunicativa tanto que la única forma de dialogar con ella fue con preguntas cerradas, es así que con respecto a las razones por las que estaba en consulta expreso *“yo me siento bien, aunque doctora a veces me pongo a pensar en mis hijos que me han abandonado y me entristezco, pero no importa esto pasa cuando los hijos crecen y se olvidan de sus padres”*. (La paciente llora y se muestra más comunicativa). *“en tiempos tan difíciles de pandemia ellos deberían estar conmigo pero ni siquiera me visitan, ya son 2 años aquí, estoy muy triste, solo paso durmiendo y no tengo energía para nada, aunque las*

enfermeras insisten en hacer alguna actividad, yo solo quiero descansar y he llegado a pensar que ya no tengo razones para vivir, aquí me voy a morir sola". (Paciente M)

La paciente refirió que es viuda, su esposo falleció en un accidente automovilístico hace 20 años aproximadamente, tiene tres hijos y cuatro nietos. En esta entrevista se buscó obtener la mayor cantidad de información posible con respecto al motivo de consulta y los factores que pueden estar incidiendo en la sintomatología que presenta. Por otra parte debido a la parsimonia de la paciente se dio paso más al discurso libre y se implementaron pocas preguntas cerradas. Para finalizar se acordó el contrato para la siguiente sesión.

Sesión N° 2

Se realizó el día miércoles 2 de junio del año 2021, de 10:40 a 11:25 am. Esta sesión inicio con el saludo y resumen de los puntos tratados en la sesión anterior. Se continuó con la obtención de datos con respecto a la problemática de la paciente, aquí se logró completar datos concernientes a la Anamnesis y exploración del estado mental. Cabe destacar que la paciente menciona en reiteradas ocasiones lo siguiente *"a mis hijos no les importo, a pesar de todo lo que hice para que ellos salgan adelante"*. (Paciente M). Otro aspecto de acuerdo al relato que brindo es que se siente somnolienta y cansada durante la mayor parte de los días, sin motivación por realizar alguna actividad. Posteriormente realice la aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage y la escala de autoestima de Rosenberg. Una vez finalizada la sesión y en base a toda la información compilada, le brinde un diagnostico presuntivo a la paciente, el cual le explique íbamos a corroborar en la próxima sesión con la aplicación de otro test.

Sesión N° 3

Se ejecutó el día miércoles 09 de junio del año 2021, en horario de 11:00 a 11:45 am. Se realizó la retroalimentación de la sesión anterior y preguntas con respecto a cómo se sentía actualmente y si iba a formar parte de la actividad que se desarrollaría en el centro residencial. Con respecto a esto respondió *"gracias a usted y las pláticas que hemos tenido me siento mejor, con un poco de ánimo, aunque sigo pensando a diario que no le importo a mis hijos, porque se han olvidado de mí"* (paciente M). Con este discurso que brindo la paciente continúe con lo planificado para la sesión y procedí a informarle que realizaríamos la aplicación del inventario de depresión de Beck y Escala de ansiedad de Hamilton. Para finalizar la sesión di a conocer el psicodiagnóstico, brinde psicoeducación con respecto al tema y propuse el plan terapéutico para trabajar en el tratamiento. En general se llegó de

forma eficaz al acuerdo y establecimiento del contrato con la paciente, con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Sesión N° 4

Se llevó a cabo el día 16 de junio del 2021, la entrevista inició a las 10:30 am y finalizó 11:15 am. Con la predisposición de la paciente se trabajó con reestructuración cognitiva en el transcurso de la sesión. Llenando el formulario de *cómo los Pensamientos Crean Sentimientos*, con la finalidad que aprenda a identificar como sus pensamientos tienen repercusión en los sentimientos. También se empleó la técnica *análisis costo/beneficio* para identificar las ventajas y desventajas de los pensamientos negativos que invaden diariamente a la paciente y afectan su bienestar emocional.

Sesión N° 5

Se desarrolló el día miércoles 23 de junio del año 2021 de 10:40 a 11:25 am. Se inició con el saludo y retroalimentación con respecto a la sesión anterior, se continuó analizando los aspectos del formulario análisis costo/beneficio implementado en la sesión anterior. Además se procedió a llenar el formulario *Técnica Refutando el Esquema*, con la finalidad que el sujeto del estudio aprenda a cuestionar los pensamientos negativos o automáticos que la invaden y generan su sintomatología. Asimismo se trabajó con la paciente la técnica *programación de actividades*, con el objetivo de que la paciente establezca un cronograma de actividades diarias para mejorar su estado de ánimo y experimentar sentimientos de placer/satisfacción mediante dichas actividades. Esta técnica tuvo gran aceptación por la paciente, quien se comprometió a realizar las actividades planteadas.

Situaciones detectadas

La paciente fue internada hace dos años en el centro residencial, debido a que se encontraba en situación de abandono. Al cabo de un año los hijos de la paciente al saber dónde se encontraba en el centro, la visitaron y se comprometieron a realizarle llamadas constantemente, debido a que no podrían visitarla con regularidad, porque residen en ciudades lejanas como Quito y Loja.

A través de la entrevista psicológica se definió la relación que mantiene la paciente con la familia, la misma que nunca fue buena, sin embargo sus hijos la llamaban para saber cómo se encontraba en el centro y actualmente no lo hacen, desde alrededor de cuatro meses y en los dos años que lleva en el centro solo la visitaron 1 vez, el primer mes sin tener contacto con sus hijos estuvo con estado de ánimo decaído, pero guardaba esperanzas que la llamaran e incluso visitarán, pero en el transcurso de los 3 meses siguientes se ha hecho notorio el malestar, llegando a presentar síntomas como: estado de ánimo deprimido, desmotivación, fatiga, llanto, desconcentración y cansancio, asimismo lleva alrededor de un mes presentando hipersomnia y falta de apetito. Por otro lado la sintomatología que presenta, ha repercutido en la relación social con los demás miembros del lugar.

Por medio de la observación directa se pudo constatar durante las sesiones que denota aspecto personal descuidado, presenta desmotivación y tristeza, la actitud de la paciente al inicio fue evasiva, sin embargo en las siguientes sesiones se constató predisposición al cambio, debido a que se mostró más colaborativa y comunicativa, detallo cada aspecto de su vida que le aquejaban. La paciente presente parsimonia y mostro una orientación sin alteración, puesto que se encontraba orientada en lugar, tiempo y espacio. También presentó hiperprosexia debido a que su atención fluctuaba constantemente. Y en la observación fuera de las sesiones es evidenciable la anhedonia y el bajo estado de ánimo de la paciente.

En la historia clínica se precisaron aspectos como factores predisponentes (factores genéticos, ser asilada en el centro gerontológico y pandemia Covid-19); y evento precipitante (abandono definitivo por parte de los hijos). El factor genético guarda relación con los antecedentes psicopatológicos donde consta que el padre de la paciente padecía trastorno de depresión mayor. Cabe mencionar que antes que presente dichos síntomas la paciente a lo largo de su vida había presentado episodios leves de depresión, sin embargo en la época de pandemia, empezó a notarse como su estado de ánimo decaía, no le gusta

presenciar ningún tipo de información acerca de la pandemia por cualquier medio de comunicación, debido a que dichas noticias le provocan tristeza, llanto y sus sentimientos de desesperanza aumentaban, asimismo en el centro residencial prefiere no compartir con nadie, tiende al aislamiento. La paciente también presenta ideas de muerte, puesto que en su relato menciona “yo solo quiero descansar, siento que ya no tengo razones para vivir, prefiero estar descansando a vivir así, igual aquí me voy a morir sola”.

En las pruebas psicométricas se obtuvieron estos resultados: La escala de depresión geriátrica de Yesavage brindó un puntaje de 22 que nos da como resultado una *depresión moderada*. Y el inventario de depresión de Beck brindó un puntaje de 18 que indica *depresión moderada*. La escala de autoestima de Rosenberg dio resultado una puntuación de 14 (*autoestima baja*). Y la escala de ansiedad de Hamilton se obtuvo 4 puntos (*no ansiedad*). Una vez culminado el proceso de evaluación con la paciente intervenida para la realización del estudio de caso, presentó el cuadro sindrómico de acuerdo a cada función:

Tabla 1. Matriz del cuadro psicopatológico

Cognitivo	Falta de concentración
Afectivo	Desmotivación, tristeza, llanto, decepción y anhedonia
Pensamiento	Ideas fijas, ideas de muerte
Conducta social- escolar	Aislamiento
Somático	Hipersomnia, cansancio, fatiga, pérdida de apetito y peso

Nota: signos y síntomas de la paciente del presente estudio de caso.

A partir del análisis, detección y evaluación de los signos y síntomas que presenta la paciente cumple con los criterios diagnósticos del episodio depresivo moderado con codificación **F32.1** en el CIE-10 y **296.22** en el DSM-5.

Soluciones planteadas

Con fundamento en la información y resultados obtenidos en las sesiones de trabajo y habiendo constatado que el abandono familiar influye directamente en la depresión de la paciente. Se busca contribuir con un plan terapéutico donde se utilicen diversas técnicas para la intervención terapéutica, correspondientes a la TCC o Terapia Cognitiva Conductual. Nótese que el objetivo es trabajar en disminuir los síntomas que exterioriza la paciente, de tal forma que se desenvuelva y disfrute del entorno en el cual forma parte. Planteo siete sesiones divididas de la siguiente manera:

Tabla 2. *Esquema terapéutico*

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Episodio depresivo moderado	Conozca información acerca de la psicopatología que presenta	Psicoeducación	1	09/06/2021	La paciente reconoce información primordial con respecto a su psicopatología.

Nota. Registro de técnicas de intervención psicoterapéutica. Autor: Carmen Elisa Velasco Gaibor.

Tabla 3. Esquema terapéutico

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Argumento de la paciente: “ya son 2 años aquí, estoy muy triste, solo paso durmiendo y no tengo energía para nada, aunque las enfermeras insisten en hacer alguna actividad, yo solo quiero descansar y he llegado a pensar que ya no tengo razones para vivir, aquí me voy a morir sola”.	Identificar cómo influyen los pensamientos tanto negativos como positivos en los sentimientos	Reestructuración cognitiva: <i>Cómo los Pensamientos Crean Sentimientos</i>	2	16/06/2021	A través de esta técnica la paciente aprendió a identificar como sus pensamientos repercuten en los sentimientos.
	Aprender a identificar cual es la ventaja y desventajas de los pensamientos negativos.	Reestructuración cognitiva: Análisis costo/beneficio	2	16/06/2021 23/06/2021	Por medio de esta técnica el paciente aprendió a identificar como los pensamientos negativos representan muchas desventajas en su bienestar psicológico.
	Lograr que la paciente aprenda a cuestionar los pensamientos negativos que la invaden con respecto a su vida.	Reestructuración cognitiva: -Técnica Refutando el Esquema	2	23/06/2021 30/06/2021	A través de esta técnica se observó que la paciente aprendió a cuestionar todos aquellos pensamientos negativos que la invadían y le causaban malestar.

Nota. Registro de técnicas de intervención psicoterapéutica. Autor: Carmen Elisa Velasco Gaibor.

Tabla 4. *Esquema terapéutico*

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
La paciente presenta sintomatologías como estado de ánimo deprimido todos los días, desmotivado, con cansancio, fatiga y desconcentración	Lograr que la paciente incremente actividades que ayuden a mejorar su estado de ánimo y experimente sentimientos de placer y satisfacción.	Programación de actividades	1	21/07/2021	La paciente empezó a retomar sus actividades de interés. Además las actividades le permitieron disminuir los pensamientos negativos, Puesto que mantienen su mente ocupada.

Nota. Registro de técnicas de intervención psicoterapéutica. Autor: Carmen Elisa Velasco Gaibor.

CONCLUSIONES

El envejecimiento es ciclo de la vida del ser humano dentro de la sociedad que se caracteriza por la presencia de diversos cambios a nivel, mental, físico y social. Por medio de esta investigación se concluye que la adulta mayor internada en el centro gerontológico y que ha sido abandonado por la familia, a raíz de esto presenta afectaciones en el estado emocional. Sin duda el abandono familiar impacta intensamente en la vida del adulto mayor, viéndose mermada no solo la salud mental sino también las relaciones sociales. Los adultos mayores son abandonados sin importar estratos sociales y son más propensos a ser refugiados en centros gerontológicos.

En este estudio se logró cumplir con el objetivo establecido obteniendo como resultado que el abandono familiar influye de forma directa en el desarrollo de afectaciones en el estado emocional del adulto mayor, debido a que los pensamientos que invaden a la paciente traen consigo una carga emocional fuerte, llegando a desestabilizarla anímicamente. La importancia del acompañamiento, seguimiento y comunicación por parte de la familia son de vital importancia en personas de la tercera edad, quienes atraviesan por un ciclo complejo de cuestionamientos en todos los ámbitos de la vida, que los vuelven frágiles, vulnerables y propensos a desencadenar enfermedades y a su vez sufrir de trastornos del estado de ánimo.

Es evidente que la paciente internada en el centro gerontológico no se encuentra estable a nivel emocional presenta síntomas como tristeza, desmotivación, decepción, llanto y anhedonia. Viéndose afectada también a nivel físico con síntomas como fatiga, cansancio, pérdida de apetito y peso, también a nivel social y cognitivo. Cabe mencionar que la paciente conto con una actitud colaborativa y predispuesta a trabajar, con la finalidad de mejorar y aliviar las dolencias. Nótese, que la colaboración en el proceso terapéutico es fundamental para obtener resultados adecuados para mejorar la salud mental en los pacientes.

En los resultados de diferentes investigaciones que presento en el marco teórico se ha logrado constatar que los adultos mayores abandonados en centros gerontológicos tienen tendencia a presentar síntomas de depresión leve, moderada y severa. Cabe mencionar que la depresión es un trastorno emocional que produce sentimientos de pérdida de interés, tristeza constante, entre otros síntomas asociados a alteraciones en el pensamiento y comportamiento. Los adultos mayores a menudo presentan episodios depresivos, perdida de

placer por las actividades e ideas de muerte e incluso piensan constantemente en el suicidio.

La información presentada en el sustento teórico acentúa que el abandono familiar afecta de manera significativa en el estado emocional del adulto mayor y trae consigo repercusiones en la salud mental e interacción social. Por otra parte, la aplicación de baterías psicométricas permitió brindar más sustento al diagnóstico de la paciente.

La propuesta de intervención terapéutica se establece técnicas de reestructuración cognitiva donde el foco del tratamiento es trabajar en las distorsiones cognitivas que presenta la adulta mayor y que repercuten en su estado emocional. Cabe mencionar que los adultos mayores son vulnerables con el paso del tiempo a enfermedades no solo físicas, sino mentales. Se logró por medio de la intervención que la paciente mejore el estado anímico y retome actividades dentro del centro que contribuyan a mejorar la calidad de vida.

Por ultimo concluyó que abordar el caso de una persona adulta mayor me ayudo a comprender que existen múltiples factores asociados para que el adulto mayor mantenga un estado emocional sano, sin embargo en este ciclo de vida es donde más ausencia y falta de estabilidad hay en torno a lo que necesita la persona adulta mayor para adaptarse a los cambios y cuando no hay acompañamiento por algún miembros de la familia esta tarea se convierte en algo difícil y duro de atravesar para el adulto.

RECOMENDACIÓN

Se recomienda que se lleven a cabo campañas de concientización dirigidas a familiares de los adultos mayores institucionalizados, para dar a conocer las repercusiones a nivel emocional y psicológico que se suscitan en el adulto mayor cuando existe abandono familiar, además se recomienda diseñar estrategias de inserción familiar y comunitaria para el adulto mayor con la finalidad de reducir el número de personas adultas internadas.

Por ultimo recomiendo a las futuras investigaciones implementar talleres psicoeducativos para promover el desarrollo de la Inteligencia Emocional en los adultos mayores que se encuentren internados en centros gerontológicos.

- García, M., Hurtado, P., Quintero, D., Rivera, D., & Ureña, Y. (2018). La gestión de las emociones, una necesidad en el contexto educativo y en la formación profesional. *Revista Espacios*, 39(49), 8. Obtenido de <https://www.revistaespacios.com/a18v39n49/18394908.html>
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.
- Gómez, A., & Narváez, M. (2020). Tendencias prosociales y su relación con la empatía y la autoeficacia emocional en adolescentes en vulnerabilidad psicosocial. *Revista Colombiana de Psicología*, 29(2), 125-147. doi: <https://doi.org/10.15446/rcp.v29n2.78430>
- Medina, J., & Mendoza, M. (2015). El abandono familiar del adulto mayor del distrito de Viques- Huancayo. (*Tesis de Licenciatura*). Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo, Perú.
- Mendoza, I. (2020). Terapia Cognitivo Conductual: actualidad, tecnología. [*Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia*]. UPCH, Lima, Perú. Obtenido de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjZrfWYrf31AhU5SjABHYZ0Al0QFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Frepositorio.upch.edu.pe%2Fbitstream%2Fhandle%2F20.500.12866%2F8907%2FTerapia_MendozaFernandez_Ingrid.pdf%3Fsequ
- Morales, M. (2014). Abandono familiar al usuario del Centro Adulto Mayor - ESSALU GUADALUPE, provincia de Pacasmayo en el año 2013. (*Tesis de licenciatura*). Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú. Obtenido de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/3676/MORALES%20CARIO%20MILAGROS%20SUGEY%28FILEminimizer%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pincay, D. (2018). Abandono familiar y la salud mental de los adultos mayores del Centro Gerontológico de Quevedo. [*Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Babahoyo*]. Universidad Técnica de Babahoyo, Quevedo, Ecuador.
- Pulido, F., & Herrera, F. (2017). La influencia de las emociones sobre el rendimiento académico. *Ciencias Psicológicas*, 11(1), 29-39. doi:10.22235/cp.v11i2.1344
- Reevé, J. (1994). *Motivación y Emoción*. Madrid: Me Graw- Hill, S.A.

ANEXOS

Anexo A - Fotos

Imagen 1

Reunión online con la tutora de elaboración de estudio de caso Psic. Patricia del Pilar Sánchez Cabezas, PHD.y la tutoriada Carmen Elisa Velasco Gaibor.

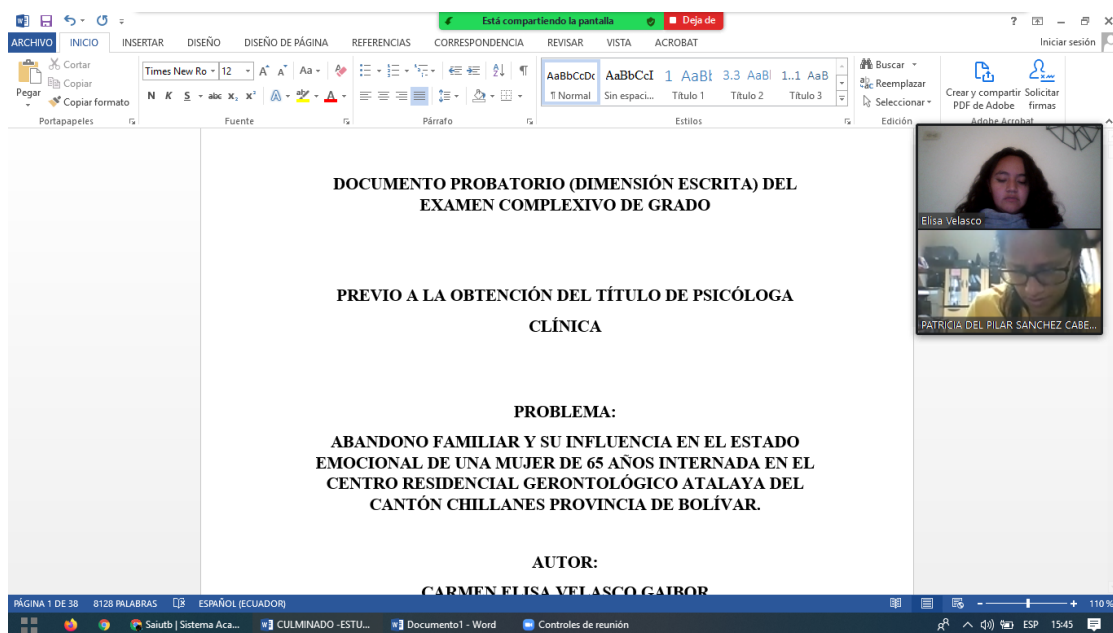


Imagen 2

Entrevista clínica con la paciente del presente estudio.



Anexo B

Guía de observación directa

GUIA DE OBSERVACION DIRECTA

NOMBRES DEL PACIENTE: M. JSE

LUGAR: Centro Gerontológico - Atalaya - Chillan

FECHA: _____

	SI	NO
1. El sujeto muestra signos de depresión observables (desmotivación, bajo estado de ánimo, llanto, tristeza y anhedonia).	✓	
2. Muestra signos de depresión observable al hablar de los familiares		X
3. Muestra signos de depresión observable cuando asiste a consulta	✓	
4. Muestra signos de falta de concentración	✓	
5. El estado de ánimo mejora en la sesión	✓	
6. Muestra signos de depresión si observa que un compañero es visitado por los familiares.	✓	

Comentarios:

Anexo C

HISTORIA CLÍNICA

HC. # 1

Fecha: 09/06/2021

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: M.J.S.E Edad: 65 años

Lugar y fecha de nacimiento: Chillanes, 1955/07/22

Género: Femenino Estado civil: Viuda Religión: Católica

Instrucción: Educación Básica Ocupación: Ninguna

Dirección: Ninguna

Teléfono: Ninguno

Remitente: Enfermera del Centro residencial gerontológico Atalaya

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 65 años es remitido a consulta psicológica por parte de la enfermera que labora en el centro residencial, la misma que refiere lo siguiente acerca de la paciente “la noto distraída y triste la mayor parte de los días, además no quiere comer y su peso a disminuido, en las pocas ocasiones que ha mostrado interés en platicar, su único tema de conversación es acerca de sus hijos”. Una vez en la entrevista con la paciente esta se mostró poco comunicativa al inicio tanto que la única forma de dialogar con ella fue con preguntas cerradas, es así que con respecto a las razones por las que estaba en consulta expreso “yo me siento bien, aunque doctora a veces me pongo a pensar en mis hijos que me han abandonado, y me entristezco pero no importa esto pasa cuando los hijos crecen y se olvidan de sus padres”. (La paciente llora y se muestra más comunicativa). “en tiempos tan difíciles de pandemia ellos deberían estar conmigo pero ni siquiera me visitan, ya son 2 años aquí, estoy muy triste, solo paso durmiendo y no tengo energía para nada, aunque las enfermeras insisten en hacer alguna actividad, yo solo quiero descansar y he llegado a pensar que ya no tengo razones para vivir, aquí me voy a morir sola”.

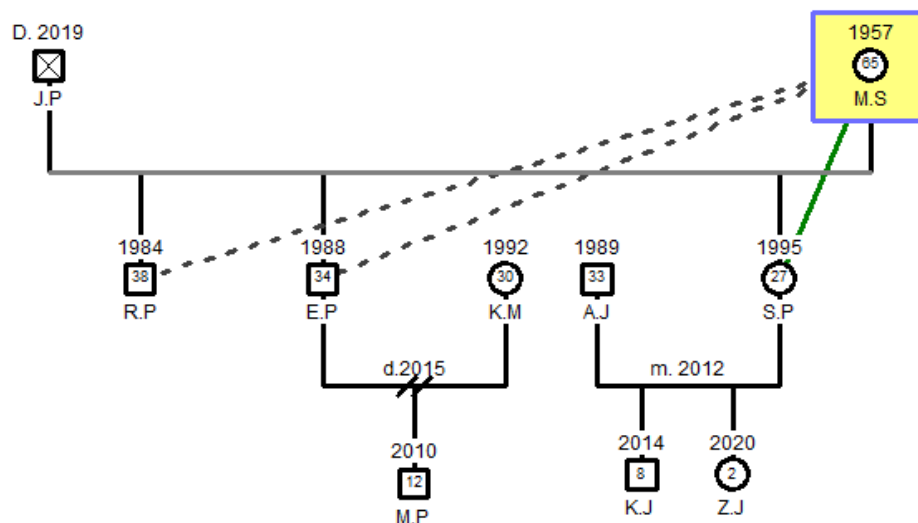
3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

El inicio del malestar se ha hecho notorio según la enfermera desde hace tres meses, donde la paciente presenta sintomatologías como estado de ánimo deprimido todos los días, desmotivación, cansancio, fatiga y desconcentración, además lleva 1 mes con pérdida de apetito e hipersomnias. Cabe mencionar que antes que presente dichos síntomas la paciente a lo largo de su vida presentaban episodios leves de depresión, sin embargo en la época de pandemia, empezó a notarse como su estado de ánimo decaía, no le gusta presenciar ningún

tipo de información acerca de la pandemia por cualquier medio, debido a que dichas noticias le provocan tristeza, llanto y sus sentimientos de desesperanza aumentan, asimismo prefiere no compartir con nadie del centro se aísla. Además la relación con su familia nunca fue buena, pero sus hijos la llamaban y ahora no lo hacen desde alrededor de 4 meses y en los dos años que lleva en el centro solo la visitaron 1 vez. La paciente también presenta ideas de muerte, puesto que en su relato dice “yo solo quiero descansar, siento que ya no tengo razones para vivir, prefiero estar descansando a vivir así, igual aquí me voy a morir sola”.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



b. Tipo de familia.

Familia extensa.

c. Antecedentes psicopatológicos familiares

Con respecto a los antecedentes psicopatológicos manifiesta su padre padecía trastorno de depresión mayor.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

Paciente no brindó datos de la vivienda.

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

La paciente es la segunda hija, de tres hermanos, su madre se embarazó de ella muy joven aproximadamente a los 16 años de edad, dicho embarazo no fue deseado, relató la

paciente, debido a que su madre quería separarse de su padre, la madre no tuvo complicaciones durante el embarazo. Nació sana y lacto del pecho hasta el año de edad, sus primeras palabras no recordó cuando las empezó a decir, ni cuando controló sus esfínteres y desarrollo sus funciones de autonomía. En lo que respecta a enfermedades no sufrió de ninguna afección médica.

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

La paciente comenzó sus estudios de primaria cuando tenía 5 años, nunca tuvo un buen rendimiento, faltaba constantemente a clases y su relación con los demás era escasa, además comenta que ha sufrido de bullying en la escuela y en el colegio.

6.3. HISTORIA LABORAL

La paciente manifiesta que trabajó a lo largo de su vida en el campo, dedicada única y exclusivamente a la agricultura.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

La paciente manifiesta que no es muy buena para adaptarse a grupos sociales, porque tiene que conocer bien a las personas para poder incluirlas en su círculo social. Se adapta muy bien con su familia, en lo que respecta a la sociedad es un poco tímida y retraída.

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

Manifiesta que no tiene ningún hobbies, no realiza deportes y no posee intereses.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Paciente manifiesta que no es muy expresiva y que la relación con su familia siempre fue buena, con respecto a su psicosexualidad es de género heterosexual, expuso que jamás ha sentido algún tipo de atracción por una persona de su mismo sexo. Su primer acto coital fue a los 14 años con su primer y único esposo, quien además es el padre de sus hijos.

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

En su juventud sus hábitos eran ingerir café a diario, no consumió drogas. Actualmente no bebe alcohol, café o drogas.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

La paciente reconoce tener una mala alimentación, no consume alimentos dentro del horario regular, debido a que su apetito ha disminuido considerablemente y además presenta hipersomnia.

6.9. HISTORIA MÉDICA

Ninguna

6.10. HISTORIA LEGAL

Manifestó que no tiene historia legal.

6.11. PROYECTO DE VIDA

No tiene proyectos de vida.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA

Paciente de contextura corporal endomorfo, mestiza, de 1.54 metros de estatura aproximadamente, denota en la consulta aspecto personal un poco descuidado, presenta desmotivación y tristeza, la actitud de la paciente al inicio fue evasiva, presenta parsimonia sin embargo en las siguientes sesiones se constató predisposición al cambio, debido a que se mostró más colaborativa y comunicativa, detallo cada aspecto de su vida que le aquejaban.

7.2. ORIENTACIÓN

El paciente mostro una orientación autopsíquica sin alteración, puesto que se encontraba orientada en lugar, tiempo y espacio.

7.3. ATENCIÓN

Presento hiperprosexia, debido a que su atención fluctuaba constantemente en ocasiones la atención se focalizaba en la entrevista y durante la sesión existían lapsos de tiempo de 3 a 5 segundos aproximadamente donde la paciente se fijaba en otra parte del lugar.

7.4. MEMORIA

Paciente no presenta ninguna alteración en su memoria, posee buena memoria a largo plazo

7.5. INTELIGENCIA

La paciente denota una inteligencia dentro del rango promedio.

7.6. PENSAMIENTO

Paciente presenta ideas fijas, deseos de morir y abstracción selectiva.

7.7. LENGUAJE

Paciente no presenta alteraciones del lenguaje, mantiene buena fluidez.

7.8. PSICOMOTRICIDAD

Paciente presenta inhibición motora

7.9. SENSOPERCEPCION

No presenta ningún tipo de alteración con respecto a la sensopercepción.

7.10. AFECTIVIDAD

La paciente con respecto a la afectividad presenta desesperanza, tristeza, llanto frecuente, desmotivación y anhedonia.

7.11. JUICIO DE REALIDAD

No presenta ningún tipo de alteración con respecto a juicio de realidad

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

La paciente logro percibir los síntomas que la aquejan y se expresó libremente. Además, tomó conciencia de la enfermedad.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

La paciente presenta ideas de muerte, puesto que en su relato dice “yo solo quiero descansar, siento que ya no tengo razones para vivir, prefiero estar descansando a vivir así, igual aquí me voy a morir sola”. Por otra parte, no existen antecedentes de hechos psicotraumáticos en la vida del paciente.

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

La escala nos brindó un puntaje de **22** que nos da como resultado una *depresión moderada*.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

La escala brindó un puntaje de **18** que nos da como resultado una *depresión moderada*.

LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Brindo como resultado una puntuación de **14** que indica *autoestima baja*.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Obtuvo como resultado 4 puntos que indican no ansiedad.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

FUNCIÓN	SIGNOS Y SÍNTOMAS	SÍNDROME
Cognitivo	Falta de concentración	Episodio Depresivo Moderado
Afectivo	Desmotivación Tristeza Llanto Decepción Anhedonia	
Pensamiento	Ideas fijas Ideas de muerte	
Conducta social - escolar	Aislamiento	
Somática	Hipersomnia Cansancio Fatiga Pérdida de apetito y peso	

9.1. Factores predisponentes:

- Factores genéticos
- Ser asilada en el centro gerontológico
- Pandemia Covid-19

9.2. Evento precipitante: Abandono definitivo por parte de los hijos.

9.3. Tiempo de evolución: 3 meses

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

CIE-10

F32.1 Episodio Depresivo Moderado.

11. PRONÓSTICO

El pronóstico de la paciente es favorable, debido a que existe conciencia de enfermedad y conforme pase el tiempo y se realice el tratamiento terapéutico se obtendrán resultados favorables en la paciente para que mejore la sintomatología que presenta y por ende su calidad de vida.

12. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al paciente que tome psicoterapia enfocada en Terapia Cognitiva Conductual.
- Realizar un programa de actividades diarias.

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Episodio depresivo moderado	Conozca información acerca de la psicopatología que presenta	Psicoeducación	1	09/06/2021	La paciente reconoce información primordial con respecto a su psicopatología.
Argumento de la paciente: “ya son 2 años aquí, estoy muy triste, solo paso durmiendo y no tengo energía para nada, aunque las enfermeras insisten en hacer alguna actividad, yo solo quiero descansar y he llegado a pensar	Identificar cómo influyen los pensamientos tanto negativos como positivos en los sentimientos	Reestructuración cognitiva: <i>Cómo los Pensamientos Crean Sentimientos</i>	2	16/06/2021	A través de esta técnica la paciente aprendió a identificar como sus pensamientos repercuten en los sentimientos.

que ya no tengo razones para vivir, aquí me voy a morir sola”.	Aprender a identificar cual es la ventaja y desventajas de los pensamientos negativos.	Reestructuración cognitiva: Análisis costo/beneficio	2	16/06/2021 23/06/2021	Por medio de esta técnica el paciente aprendió a identificar como los pensamientos negativos representan muchas desventajas en su bienestar psicológico.
	Lograr que la paciente aprenda a cuestionar los pensamientos negativos que la invaden con respecto a su vida.	Reestructuración cognitiva: -Técnica Refutando el Esquema	2	23/06/2021 30/06/2021	A través de esta técnica se observó que la paciente aprendió a cuestionar todos aquellos pensamientos negativos que la invadían y le causaban malestar.
La paciente presenta sintomatologías como estado de ánimo deprimido todos los días, desmotivado, con cansancio, fatiga y desconcentración	Lograr que la paciente incremente actividades que ayuden a mejorar su estado de ánimo y experimente sentimientos de placer y satisfacción.	Programación de actividades	1	21/07/2021	La paciente empezó a retomar sus actividades de interés. Además las actividades le permitieron disminuir los pensamientos negativos, Puesto que mantiene su mente ocupada

Anexo D

Inventario de depresión de Beck

(B.D.I) INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE: M. J. S. E.
FECHA: Miércoles 09 de Junio del 2021

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos: A continuación, señale cuál de las afirmaciones, de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que esta a la izquierda de las afirmaciones que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay mas de una afirmación que considere aplicable a su caso márquela también, asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1. 0 No me siento triste
 1 Me siento triste
2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

2. 0 No me siento especialmente desanimado (S) ante el futuro
1 Me siento desanimado con respeto al futuro
 2 Siento que no tengo nada que esperar
3 Siento que en el futuro no hay esperanzas y que las cosas no pueden mejorar

3. 0 No creo que sea un fracasado
 1 Creo que e fracasado más que cualquier persona normal
2 Al recordar mi vida pasada todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona

4. 0 Obtengo tanta sastifación de las cosas como las que solía obtener antes
 1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo
2 Ya no obtengo una verdadera sastifación de nada
3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5. 0 No me siento especialmente culpable
 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo
2 Me siento bastante culpable casi siempre
3 Me siento culpable siempre

6. 0 No creo que este siendo castigado
1 Creo que puedo ser castigado
2 Espero ser castigado
 3 Creo que estoy siendo castigado

- 7.0 No me siento decepcionado a mi mismo
① Me he decepcionado a mi mismo
2 Estoy disgustado conmigo mismo
3 Me odio
- 8.0 No creo se peor que los demás
① Me critico por mis debilidades y mis errores
2 Me culpo siempre por mis errores
3 Me culpo por todo lo malo que me sucede
- 9.0 No pienso matarme
1 Pienso en matarme, pero no lo haría
② Me gustaría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad
- 10.0 No lloro mas que de costumbre
① Ahora lloro mas de lo que solía hacer
2 Ahora lloro todo el tiempo
3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quiera
- 11.0 Las cosas no me irritan mas que lo de costumbre
① Las cosas me irritan un poco mas que lo de costumbre
2 Estoy bastante irritado o afectado una buena parte del tiempo
3 Ahora me siento irritado todo el tiempo
- 12.0 No he perdido el interés de otra persona
① Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre
2 He perdido casi todo mi interés por otras personas
3 Ya no puedo tomar mis decisiones
- 13.① Tomo decisiones casi como siempre
1 Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre
2 Tengo mas dificultad para tomar decisiones que antes
3 Ya no puedo tomar más decisiones
- 14.① No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre
1 Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos
2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que hacen parecer poco Atractivo
3 Creo que me veo feo

15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes
1 Me cuesta mucho mas esfuerzo empezar a hacer algo
2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
3 No puedo trabajar en lo absoluto
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre
 No duermo también como solía hacerlo
2 Me despierto una o dos horas mas temprano que de costumbre y me cuesta Mucho volver a dormirme
3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme
17. 0 No me canso más que de costumbre
1 Me canso mas fácilmente que de costumbre
2 Me canso sin hacer casi nada
3 Estoy demasiado cansado para hacer algo
18. 0 Mi apetito no es peor que de costumbre
 Mi apetito, no es tan bueno como solía ser
2 Mi apetito esta mucho peor ahora
3 Ya no tengo apetito
19. 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo
1 He rebajado más de 2 kilos y medio
2 He rebajado más de 5 kilos
3 He rebajado más de 7 kilos y medios
20. 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre
1 Estoy preocupado por problemas fisicos como, por ejemplo, dolores, molestias Estomacales, o estreñimientos
2 Estoy muy preocupado por problemas fisicos y me resulta difícil pensar en Cualquier otra cosa
3 Estoy tan preocupado por mis problemas fisicos que no puedo pensar en ninguna Otra cosa
21. 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar
2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
3 He perdido por completo el interés por el sexo

PUNTUACIÓN TOTAL

Anexo E

Escala de depresión de Yesavage

GERIATRIC DEPRESSION SCALE
(GDS) Brink et al. (1982), Yesavage et al. (1983)

Nombre: MJSE Varón [] Mujer [X]
 Fecha: Miércoles 24 de junio 2021 F. nacimiento: 22/07/1957 Edad: 65
 Estudios/Profesión: Primaria N. H°:
 Observaciones:

1. ¿Está Ud. satisfecho con su vida?	sí	NO
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?	SI	no
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4. ¿Se siente Ud. frecuentemente aburrido?	SI	no
5. ¿Tiene Ud. mucha fe en el futuro?	sí	NO
6. ¿Tiene pensamientos que le molestan?	SI	no
7. ¿La mayoría del tiempo está de buen humor?	sí	NO
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?	SI	no
9. ¿Se siente Ud. feliz la mayoría del tiempo?	sí	NO
10. ¿Se siente Ud. a menudo impotente?	SI	no
11. ¿Se siente a menudo intranquilo?	SI	no
12. ¿Prefiere quedarse en su cuarto en vez de salir?	SI	no
13. ¿Se preocupa Ud. a menudo sobre el futuro?	SI	no
14. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	SI	no
15. ¿Cree que es maravilloso estar viviendo?	sí	NO
16. ¿Se siente Ud. a menudo triste?	SI	no
17. ¿Se siente Ud. inútil?	SI	no
18. ¿Se preocupa mucho sobre el pasado?	SI	no
19. ¿Cree que la vida es muy interesante?	sí	NO
20. ¿Es difícil para Ud. empezar nuevos proyectos?	SI	no
21. ¿Se siente lleno de alegría?	sí	NO
22. ¿Se siente Ud. sin esperanza?	SI	no
23. ¿Cree que los demás tienen más suerte que Ud.?	SI	no
24. ¿Se pone Ud. muy nervioso por pequeñas cosas?	SI	no
25. ¿Siente a menudo ganas de llorar?	SI	no
26. ¿Es difícil para Ud. concentrarse?	SI	no
27. ¿Está contento de levantarse por la mañana?	sí	NO
28. ¿Prefiere evitar grupos de gente?	SI	no
29. ¿Es fácil para Ud. tomar decisiones?	sí	NO
30. ¿Está su mente tan clara como antes?	sí	NO
Sumar 1 punto por cada respuesta indicada en negra y mayúscula No depresión 10 o menos Límite depresión/ depresión: 11 o más (Sensibilidad: 84%; Especificidad: 95%)	Puntuación Total	<u>19</u>

s.e.g. (1999)

Anexo F

Escala de autoestima de Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un círculo la alternativa elegida.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1 Siento que soy una persona de valor, al menos tanto como los demás.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D
2 Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D
3 En general, me inclino a pensar que soy un fracaso.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D
4 Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D
5 Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.	A	B	C	<input checked="" type="radio"/> D
6 Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D
7 En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D
8 Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D
9 Hay veces en las que pienso que soy un inútil.	A	<input checked="" type="radio"/> B	C	D
10 A veces creo que no soy buena persona.	A	B	<input checked="" type="radio"/> C	D

Anexo G

Escala de ansiedad de Hamilton

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre: M. J. S. E

Edad: 65 años

Fecha de evaluación: Miércoles 09 de Junio del 2021

Síntomas de los Estados de ansiedad	Ausente 0	Leve 1	Moderado 2	Grave 3	Muy grave 4
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4

	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta)	0			
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas energéticas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0			

ANSIEDAD PSÍQUICA	4
ANSIEDAD SOMÁTICA	0
PUNTUACIÓN TOTAL	4

No Ansiedad.