



**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)**  
**DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO**  
**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO:**  
**MENCIÓN CLÍNICO**

**PROBLEMA:**

ABANDONO FAMILIAR Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD MENTAL DE UN  
ADULTO MAYOR DE 78 AÑOS DE LA CIUDAD DE BABAHOYO

**AUTORA:**

CARRASCO MANCHENO VIVIAN SIMONE

**TUTOR:**

MENDOZA SIERRA NATHALY ELIZABETH, MSC.

**BABAHOYO - 2022**



## **RESUMEN**

El presente estudio de caso se desarrolló con la finalidad de describir la repercusión que causa el abandono familiar en la salud mental de un adulto mayor de 78 años de la ciudad de Babahoyo, como es de conocimiento en la actualidad esta problemática tiene una afectación directa a los adultos mayores porque ellos están cursando por una etapa de fragilidad, en la cual requieren más atención y cuidado de sus familiares y cuando esto se quebranta o desaparece esta población vulnerable puede experimentar problemas tanto físicos como psicológicos, que afectan de manera inmediata la salud mental de los adultos mayores. Para la indagación y la recolección de datos se empleó el método cualitativo y cuantitativo, y la utilización de las diferentes herramientas como la historia clínica, observación clínica y los diferentes test que ayudan a establecer un diagnóstico presuntivo para el paciente, por último se detallan los hallazgos que se encontraron en las diferentes áreas y se procede con la elaboración de una propuesta o plan psicoterapéutico con la utilización de las diferentes técnicas bajo el enfoque de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) con la única finalidad de brindarle al paciente las posibles soluciones a la problemática del paciente.

***Palabras claves:*** Abandono familiar, estado mental, adulto mayor, terapia Cognitiva Conductual.



### **ABSTRACT**

The present case study was developed with the purpose of describing the repercussion caused by family abandonment in the mental health of an adult over 78 years of age in the city of Babahoyo, as is currently known, this problem has a direct affectation to older adults because they are going through a stage of fragility, in which they require more attention and care from their relatives and when this breaks down or disappears, this vulnerable population can experience both physical and psychological problems, which immediately affect mental health of older adults. For the investigation and data collection, the qualitative and quantitative method was used, and the use of different tools such as clinical history, clinical observation and the different tests that help establish a presumptive diagnosis for the patient, finally the findings that were found in the different areas and we proceed with the elaboration of a proposal or psychotherapeutic plan with the use of different techniques under the approach of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) with the sole purpose of providing the patient with possible solutions to the patient's problem.

**Keywords:** Family abandonment, mental state, older adult, Cognitive Behavioral therapy.



## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	II
ABSTRACT.....	III
INTRODUCCIÓN .....	1
DESARROLLO .....	3
<b>Justificación</b> .....	3
<b>Objetivo</b> .....	4
<b>Sustento teórico</b> .....	5
<b>1. Abandono familiar</b> .....	5
<b>1.1. Familia</b> .....	5
<b>1.2. Tipos de abandono familiar</b> .....	6
<b>1.3. Causas del abandono familiar</b> .....	7
<b>1.4. Consecuencias del abandono familiar</b> .....	7
<b>1.4.1. Violencia en adultos mayores</b> .....	8
<b>2. Salud mental</b> .....	8
<b>2.1. Determinantes de la salud mental</b> .....	9
<b>2.2. Salud mental en el adulto mayor</b> .....	9
<b>2.2.1. Afecciones neurocognitivas</b> .....	11
<b>2.2.2. Problemas afectivos</b> .....	12
<b>Técnicas aplicadas para la recolección de información</b> .....	14
<b>Resultados obtenidos</b> .....	16
<i>Sesiones</i> .....	16
<i>Situaciones detectadas</i> .....	19
<i>Soluciones planteadas</i> .....	21
CONCLUSIONES .....	24
BIBLIOGRAFÍA.....	27
ANEXOS.....	31



## **ÍNDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 1.</b> Matriz del cuadro psicopatológico .....	20
<b>Tabla 2.</b> Esquema psicoterapéutico .....	22



## INTRODUCCIÓN

El abandono familiar es el desamparo que se produce por parte de los seres queridos para algunos miembros de su familia en este caso del adulto mayor, una problemática que va en incremento actualmente, quien a causa de esta situación está ocasionando repercusiones en su salud mental donde el paciente presenta síntomas de tristeza, llanto, aislamiento, sentimientos de desesperanza, insomnio, disminución del interés de realizar actividades, entre otros.

El presente estudio de caso se centra en determinar como el abandono familiar causa una repercusión en la salud mental de un adulto mayor de 78 años de la ciudad de Babahoyo. Para este trabajo se emplea la línea y sub línea de investigación que está relacionada con el estudio de caso; la línea de investigación de la carrera “Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico”, y la sub línea “Psicoterapia individual y/o grupal”.

Se realiza esta investigación para dar a conocer de qué manera el abandono familiar está afectando en la calidad de vida del adulto mayor, como es de conocimiento los adultos mayores se enfrentan a varias etapas o cambios tanto físico como psíquicos, por consecuente presenta diversas alteraciones por lo cual necesita de más atención, cuidados, afecto, y también puede presentar sintomatología como tristeza, intranquilidad, etc., es importante mencionar que, con este estudio de caso se busca disminuir la sintomatología que presenta para de esta manera conseguir un cambio positivo y beneficioso con relación a su salud mental.

Para la exploración y recolección de los datos se trabaja con el método cualitativo y cuantitativo, ya que se utilizan herramientas y técnicas tales como; la entrevista semiestructurada, la historia clínica, observación clínica y la aplicación de pruebas psicométricas, con la intención de obtener resultados relevantes para la problemática en curso. Con lo planteado se analizará la repercusión de la salud mental en el adulto mayor a causa del abandono familiar con la ayuda de la Terapia Cognitivo Conductual.

En el presente documento se desarrolla: la justificación y objetivo, el sustento teórico, las técnicas aplicadas para la recolección de la información, los resultados obtenidos, las conclusiones, bibliografías y anexos, con la finalidad de contribuir en la salud



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



2

mental del paciente para disminuir la sintomatología y provocar un cambio significativo en la vida del mismo.



## DESARROLLO

### **Justificación**

Este estudio de caso se realiza debido a la repercusión en la salud mental que tiene el abandono familiar en un adulto mayor. Esta, es una problemática de gran relevancia, ya que se presenta de una manera muy significativa hoy en día, en donde los familiares o las personas que son cercanas al adulto mayor lo ven como una carga familiar, donde la solución más factible para ellos es alejarse, pasando por alto que en esta etapa de su vida es cuanto mayor cuidado y atención necesitan. Cuando estos aspectos se descuidan pueden experimentar diversas alteraciones que generan un malestar emocional como la tristeza, ocasionando una inestabilidad en sus emociones.

El beneficiario directo en este estudio de caso es el adulto mayor de 78 años de la ciudad de Babahoyo, permitiendo que al paciente se le dé un diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno. Además, este estudio de caso servirá como guía para pacientes que a futuro puedan presentar la misma problemática con el objetivo que puedan obtener información acerca de esta patología.

Por lo tanto, considero que es de gran trascendencia el análisis sobre esta problemática, porque el adulto mayor debería ser un pilar fundamental para la sociedad y la familia, el cual debe estar acompañado de sus hijos o parientes cercanos, pero con el pasar del tiempo esto ha ido cambiando, en la actualidad el abandono que sufren se da por la misma familia lo que conlleva a que experimenten un desequilibrio en su salud mental presentando emociones negativas como la tristeza, frustración, culpa, intranquilidad, etc.

La factibilidad del estudio de caso se debe a varios factores fundamentales como la posibilidad de obtener la información de diversos sitios como artículos, textos, etc., también la predisposición del paciente, el mismo que se mostró colaborativo ante la obtención de todos los datos, la aplicación de test lo cual ayudo a identificar el grado de repercusión que existe en la salud mental del adulto mayor, y técnicas empleadas para observar progresos significativos en el paciente.

Es importante señalar y compartir los contenidos incluidos en este estudio de caso, es así que esta indagación acerca de la repercusión que tiene el abandono familiar en la salud mental de un adulto mayor es fundamental. Aplicando el método cuantitativo y cualitativo, la utilización de pruebas psicológicas y técnicas de la terapia cognitivo conductual.





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



4

**Objetivo**

Determinar la repercusión que tiene el abandono familiar en la salud mental de un adulto mayor de 78 años.



## **SUSTENTO TEÓRICO**

### **1. Abandono familiar**

De acuerdo a Montes (2019) menciona que este parámetro se refiere a la indolencia de familiares o miembros cercanos, donde se distingue un descuido u omisión en la ejecución de rotundas atenciones o desamparo de una persona que depende de ellos (Montes, 2019, p.17).

Dentro de este concepto se puede distinguir un abandono social marcado y su consecuencia es la ausencia del adecuado desarrollo y bienestar de los seres humanos, afectando a la colectividad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) instituye por maltrato de adultos mayores como:

Un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza. Puede adoptar diversas formas, como el maltrato físico, psíquico, emocional o sexual, y el abuso de confianza en cuestiones económicas. También puede ser el resultado de la negligencia, sea esta intencional o no (OMS, El abandono social como forma de maltrato, 2015; citado en Montes, 2019).

#### **1.1.Familia**

De acuerdo a las múltiples definiciones de familia, Arés Muzio psicóloga de profesión menciona que la familia es la unión de personas que intervienen en un proyecto vital de existencia común, en el que se crean fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, viven un compromiso personal entre sus integrantes y se constituyen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. Además, considera que familia es un concepto de límites difusos y establece tres ejes de análisis: consanguinidad, convivencia y afectividad (Placeres et al., 2011, párr.10). En la expansión de estos intereses mutuales en el que se manipulan varios de los nuevos compromisos intergeneracionales entre hijos adultos y padres viejos (Placeres et al., 2011, párr.13).

De acuerdo a Placeres et al (2011) expone que “el ser humano no puede vivir a plenitud estando aislado, pues tiene el instinto gregario muy desarrollado y necesita de su familia, sobre todo y entre otras cosas, cuando se propone llegar cierta edad adulta con una calidad óptima”. Es así que, es primordial atender a este grupo prioritario con especial atención y cuidados.

## **1.2. Tipos de abandono familiar**

De acuerdo a la bibliografía encontrada se pueden distinguir los siguientes tipos de abandono:

- **Abandono total**

Hace referencia a adultos mayores que no tienen un cuidador que resguarde sus necesidades básicas, viéndose de manera forzosa a depender de la sociedad (Belesaca & Buele, 2016, p.29).

- **Abandono parcial**

Sucedo cuando las familias deciden pagar un lugar privado que cuiden del adulto mayor, además, deciden visitarlo ocasionalmente, alejando el vínculo con la familia, ocasionando en el adulto mayor sentimientos de soledad. En el asunto de las familias con recursos económicos bajos, recurren al subsidio de hogares públicos, con la aspiración de asilar a sus adultos mayores (Belesaca & Buele, 2016, p.29).

- **Abandono físico**

Ocurre cuando los familiares que solamente se dedican a pagar la mensualidad en algún asilo, deciden alejarse del adulto mayor, olvidándose plenamente y desatendiéndolo físicamente. En las familias de escasos recursos, los adultos mayores suelen ser completamente abandonados, dando margen a que existan personas adultas mayores indigentes (Belesaca & Buele, 2016, p.29).

Por otra parte, en muchos centros de cuidados a adultos mayores comenten una serie de arbitrariedades por parte de las personas que cuidan a los ancianos, por lo que, se cansan de ellos y los golpean, igualmente se da en las propias familias adonde no tienen ninguna obediencia por ellos (Cotrado & Huapaya, 2020, párr.13).

- **Abandono emocional**

Cuando se genera intranquilidad, desconsuelo o estrés a través de gritos, reproches, amenazas, insultos, desafío y humillación, mediante acciones como fingir, ignorar, amenazar, desunir, infantilizar, gravar de tareas domésticas, excluir de eventos significativos, producir de su blasón, despachar a la arteria e impedir la instrucción de sus derechos (Fundación Saldarriaga Concha, 2019, párr.19).

- **Abandono económico**



Se presenta en los cuidadores o familiares que hacen uso de poderes, dineros, rentas, capitales o bienes del sujeto mayor que está bajo su cuidado (Fundación Saldarriaga Concha, 2019, párr.16).

### **1.3. Causas del abandono familiar**

De acuerdo a Teresa (1990) citado en Pincay (2018), expone que este grupo prioritario viven diariamente conveniencias sutiles o accesibles de maltrato. En ciertas circunstancias son gestos de disgusto, apatía, silencios extensos otras veces puedes ser palabras groseras o hasta empujones. La mayoría de personas mayores también tiene asociada la imagen general empequeñecida de vejez lo que interviene en su desvalorización (Pincay, 2018, p.19).

Algunas causas pueden ser las cuantiosas atenciones que el adulto mayor requiere y que además aventajan la capacidad familiar para adjudicarse. Familiares o personas designadas al cuidado que tienen empatía con la responsabilidad de asumir el papel de cuidado y revelan pérdida de control de la situación, entornos violentos, la familia a cargo experimenta cambios imprevistos en su estilo de vida y en sus aspiraciones o intereses sociales, personales y laborales. En algunas situaciones la persona a cargo presenta algún problema psiquiátrico o muestra narco-hábito, alcoholismo y/o ludopatía. Cuidador con escasa red de apoyo familiar y/o social para descarga. Cuidador con otras tareas de cuidado, obligaciones y responsabilidades (paternofiliales, conyugales, laborales y domésticas) y el nivel bajo de economía de relaciones entre cuidador y anciano (Pincay, 2018, p.19).

Anteriormente, se planteó diversas causas del abandono de adultos mayores. Sin embargo, es necesario mencionar que pueden existir más causas que pueden estar influenciadas por la sociedad y cultura, además de, diversos factores.

### **1.4. Consecuencias del abandono familiar**

La consecuencia más notoria es la pérdida de vínculos sociales y familiares que genera estar en situación calle. Lo que provoca que los adultos mayores que atraviesan por esta situación debiliten identidad, ya que, depende del establecimiento de formas fundamentales de reconocimiento recíproco entre el individuo y su entorno social (Pincay, 2018, p.20).

Otra de las consecuencias más preocupantes es el acelerado deterioro cognitivo del adulto mayor, por lo que, este escenario agudiza las deficiencias funcionales de la corteza pre frontal lateral que altera las capacidades ejecutivas, de atención y concentración, y la



mayoría de los trastornos cognitivos se manifiestan con dificultades transitorias para evocar o recordar sucesos recientes, nombres de personas y cosas, enlentecimiento del pensamiento, además de, afectar los rasgos de la personalidad, que se ven comúnmente reducidos en los casos de demencia con afectación de las áreas frontales cerebrales (Pincay, 2018, pp.21-22).

#### **1.4.1. Violencia en adultos mayores**

Ya sea de forma física, psicológica, sexual, patrimonial y/o como negligencia o abandono, todas son formas de maltrato que usualmente ocurren de manera simultánea (Hall et al., 2016). Quienes la practican conciernen al círculo de confianza y/o cuidado de la persona mayor, lo que explica que suceda en entornos tanto comunitarios como institucionales. Sin embargo, los resultados de dos meta análisis indican que sucede con mayor frecuencia en instituciones como hospitales, residencias u otros centros de atención de larga duración, que en entornos comunitarios (Yon et al., 2019).

Otros tipos de violencia que también sufren los adultos mayores ecuatorianos, aunque con menor frecuencia incluyen el abuso económico, la violencia física y el abuso sexual. Todas estas formas de violencia sobrellevan lesiones, daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual y pueden provocar discapacidad, secuelas psicológicas graves e incluso la muerte. Debido a las implicaciones que tiene la violencia sobre el goce y/o ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales es de vital importancia prevenirla, además de restituir y compensar a las víctimas. Para hacerlo es necesario conocer los factores de riesgo que contribuyen al incremento del riesgo de una persona mayor a sufrir maltrato o violencia (Vinueza et al., 2020, p.42).

## **2. Salud mental**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en su centro de prensa menciona que la salud mental es un estado de bienestar mental, el cual brinda mantener una mejor respuesta ante momentos de estrés, desarrollando la vida por medio de habilidades, aprendiendo y mejorando en contribución a la sociedad. Es decir, el bienestar mental nos faculta como seres individuales y a nivel colectivo en las disposiciones cotidianas, estableciendo relaciones y una sociedad más participativa. Siendo además un derecho humano y elemento esencial en el desarrollo.

Mantener buena salud mental está ligada a la ausencia de trastornos mentales. No obstante, este proceso se da diferente para cada persona, ya sea, en grados de dificultad,



estrés, salud física, entre otros. Dentro de las afecciones de la salud mental, se conoce sobre los trastornos mentales y discapacidades psicosociales.

### **2.1. Determinantes de la salud mental**

Variadas cosas influyen dentro de la salud mental a lo largo de la vida, tanto personalmente como a nuestro alrededor como: la genética, el abuso de sustancias, la psicología personal y diferentes factores ambientales y económicos pueden poseer un impacto en nuestro estado de salud mental. Diferentes elementos sociales y ambientales también pueden ser perjudiciales para nuestra salud mental, como la pobreza, la violencia, la desigualdad e incluso la degradación de nuestro medio ambiente. Todos estos factores pueden influir en nuestro estado de salud mental en diferentes momentos de nuestra vida, pero pueden tener un impacto más significativo durante períodos clave de desarrollo, como la infancia. Los diferentes niveles de la sociedad pueden tener factores que aumentan o disminuyen la salud mental.

También hay muchos factores de protección en diferentes escalas de la sociedad, en el hogar, en el trabajo, en la escuela, en la comunidad y más. Estos incluyen inteligencia y habilidades emocionales personales, interacciones sociales positivas, una buena educación, un trabajo decente, un vecindario seguro y muchos otros elementos de cohesión dentro de una sociedad. Existen muchos riesgos, tanto en nuestras comunidades locales como en todo el mundo. Las amenazas a poblaciones enteras incluyen: luchas económicas, brotes de enfermedades, crisis humanitarias y aumento de los desplazamientos. Los peligros locales afectan a las personas, las familias y los vecindarios.

Cada factor de riesgo tiene una influencia limitada en la predicción. Algunos factores que influyen en el bienestar mental están interrelacionados, e incluso si una persona está expuesta a uno de estos factores, es posible que no desarrolle una afección de salud mental. Por otro lado, hay muchas personas que no están expuestas a factores de riesgo conocidos que aún desarrollan una condición de salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2022, párr.1-10).

### **2.2. Salud mental en el adulto mayor**

A medida que crece la población de personas mayores, también crece la necesidad de una atención médica de calidad en términos sociales y económicos. Por lo que, se vuelve necesario desarrollar planes para garantizar una buena atención, lo que puede conducir al desarrollo de hogares de ancianos, servicios de asesoramiento y otros establecimientos



útiles. Además, es necesario que el gobierno asuma la responsabilidad de crear soluciones reales, como proporcionar buenos ingresos, para que este grupo pueda vivir una vida orgullosa, siendo así, que el anciano reciba apoyo de su familia y de su sistema social (Zambrano et al., 2020, p.6).

La Organización Mundial de la Salud manifiesta la salud de los adultos mayores por su capacidad para funcionar, no por su estado en términos de pobreza, enfermedad o discapacidad. La calidad de vida de los adultos mayores está estrechamente relacionada con su capacidad de funcionamiento. Las condiciones funcionales y que mantienen juntos el autocuidado, la vida familiar y el tiempo social han sido estudiadas muchas veces, ya que son muy importantes. La capacidad de una persona para funcionar y vivir su vida diaria es lo que ayuda a controlar una enfermedad. Si la persona no puede vivir su vida diaria, entonces la enfermedad no estaría controlada. El enfermo tiene que poder desenvolverse en su entorno, y dentro del sistema social. La capacidad de integrar cosas nuevas cambia a medida que una persona envejece (Zambrano et al., 2020, p.7).

Los adultos mayores pueden tener problemas de salud mental con bastante frecuencia: hasta un 20% de la población mayor los ha padecido en algún momento de su vida, según muchos estudios epidemiológicos a nivel mundial mencionan que pueden tener versiones más graves de sus síntomas causados por sus problemas, por lo que se consideran más importantes que los problemas de salud física. Por otra parte, los problemas de salud mental no diagnosticados o no tratados pueden dar lugar a un aumento de personas dependientes y al uso de más recursos sanitarios. Dentro de las enfermedades que las personas mayores pueden tener incluyen psicosis, ansiedad y trastornos afectivos, soledad, depresión y trastornos del sueño, la enfermedad física también puede causar que muchos adultos tengan problemas de conducta o de sueño (Zambrano et al., 2020, p.7).

Las personas mayores se benefician al tener relaciones personales cercanas y estar en un entorno social de apoyo, y sufren cuando esas conexiones se rompen (por ejemplo, la soledad). También pueden tener problemas de confusión o deterioro cognitivo. Los adultos mayores y la salud mental de la OPS (2012) explican que los adultos mayores y su salud mental pueden tener muchas conexiones. Y se ven influenciadas por su calidad de vida por lo que depende de cómo perciben su salud, junto con la salud mental, el bienestar y la calidad de vida de la población en general cobran mayor importancia como fuente primaria de productividad, aprendizaje, integración social y salud. La autopercepción se ha convertido



en un buen indicador de la salud de las personas mayores, ya lo largo del tiempo muchos factores han afectado mentalmente a este grupo poblacional (Zambrano et al., 2020, p.8).

La salud mental de una persona mayor tiene un gran impacto en su calidad de vida. La autosuficiencia en áreas como los negocios, las emociones y la salud mental juegan un papel en la determinación de la calidad de vida de una persona mayor. Es importante destacar que a las personas mayores les cuesta detectar a tiempo el deterioro mental porque afecta funciones cerebrales superiores: atención, percepción, inteligencia, memoria de trabajo, función ejecutiva (Zambrano et al., 2020, p.8).

A continuación, se menciona grupos de complicaciones de salud mental que puede pasar de una manera muy notoria en el adulto mayor, como lo es afecciones neurocognitivas y problemas afectivos.

### **2.2.1. Afecciones neurocognitivas**

Las afecciones neurocognitivo se entienden como la incapacidad de las personas a ser independientes, siendo una pérdida paulatina con el tiempo. El síntoma de la pérdida de independencia es más significativo en el ambiente que nos rodeamos, en el que vivimos e interactuamos. Es importante entender que la cognición es el funcionamiento intelectual que nos permite tener interacciones en el entorno, en el que aparecen cambios en los aspectos morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios del cerebro. El cerebro puede perder su función o mantener su funcionamiento normal debido al hecho de que tiene muchas actividades redundantes. Algunos de los cambios que pueden ocurrir en el cerebro son la disminución del volumen y el adelgazamiento de la corteza frontal, que es responsable de la atención y las funciones ejecutivas.

Hay muchas razones por las que la relación entre la función cognitiva y la edad no es lineal. La salud y el tipo de función cognitiva que se evalúa son solo algunos. En términos generales, alrededor de los 60 años, la memoria de la mayoría de las personas, la capacidad para dialogar con fluidez, la capacidad para hacer matemáticas y lógica, y la eficiencia y la velocidad en general han disminuido (Zambrano et al., 2020, p.9).

La cognición general se puede perder debido a factores externos e internos, como la salud, la dieta y el sueño. Los adultos mayores experimentan cambios cognitivos y, si bien esto se puede atribuir en parte al envejecimiento neurológico, también hay muchos otros factores que deben tenerse en cuenta. El apoyo social y familiar del paciente, el estado de





ánimo, la presencia de síndromes geriátricos como osteopenia y fragilidad, y otras patologías tendrían que ser sopesados para hacer un diagnóstico.

Los ancianos experimentan múltiples problemas cognitivos, y estos problemas son causados tanto por cuestiones sociales como ambientales. Solo tomar medicina clínica por sí sola no resolverá los problemas, se necesitan también de atención psicológica para ayudar a la resolución de los problemas. Es muy importante brindar a los pacientes mayores la oportunidad de recibir un diagnóstico temprano de un trastorno neurológico o un síndrome geriátrico que deteriora la calidad de vida (Zambrano et al., 2020, pp.9-10).

### **2.2.2. Problemas afectivos**

La edad adulta mayor tiene su propio conjunto de características, más que cualquier otra etapa del ciclo de vida. Muchos elementos y aspectos de etapas anteriores crecen y se suman, incluidas cosas que las personas pueden saber o esperar que sucedan. Estas cosas no suelen hacer que la gente tenga dudas, pesimismo, conflicto o ansiedad, porque son comunes o predecibles. A medida que la salud, la cognición y los sentidos de una persona se deterioran, el bienestar emocional de los adultos mayores también está en riesgo.

A menudo, los adultos mayores no cuentan con el grupo familiar de apoyo o al menos con interacciones sociales positivas, lo que puede atribuir diferentes significados al lento deterioro de sus funciones. Los trastornos afectivos generalmente incluyen vulnerabilidad a agentes o patógenos específicos. La Asociación Americana de Psiquiatría da una idea general de lo que cubren los trastornos afectivos. La depresión y los trastornos bipolares son las dos áreas más básicas en los sistemas nosológicos más recientes.

Si bien existe una visión cultural generalmente triste de la vejez, es importante tener en cuenta cómo se produce, qué signos y síntomas tiene y cómo se trata. Un paciente que experimenta una depresión leve, moderada o severa puede realizar la mayoría de sus actividades diarias, los episodios se clasifican según el número de síntomas y su magnitud. Una persona que experimenta un episodio leve tiene grandes problemas para realizar las actividades cotidianas, y un episodio grave generalmente significa que la mayoría de los síntomas están presentes y que la persona podría estar pensando en lastimarse, tal vez incluso intentando suicidarse, es así, que el entorno, el estatus social e incluso factores demográficos como el trabajo o el estado civil juegan un papel en la salud de una persona mayor (Zambrano et al., 2020, pp.10-11).



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



13

El abandono familiar que los adultos mayores sufren, es sin duda alguna una problemática actual, a la cual se le debe dar más importancia ya que esta da lugar al desencadenamiento de varios factores que influyen tanto en la salud física como mental del adulto mayor lo que conlleva a que este experimente cambios negativos en su estado de ánimo como la soledad, la tristeza, depresión, miedo, desilusión, y también en la manera como se relaciona con las demás personas y las actividades que realiza a diario ya que debido al abandono el sujeto se aísla, pierde el interés por las actividades que antes le gustaba, somáticamente puede presentar agotamiento, enlentecimiento, etc.



## **TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

En el presente estudio de caso se realizó con el propósito de dar a conocer cómo influye el abandono familiar en un adulto mayor, donde durante el progreso de la presente problemática fueron de gran utilidad la implementación del método cualitativo y cuantitativo y la variedad de instrumentos psicológicos que permitieron la acogida de la información; como grupo de apoyo al siguiente estudio de caso se utilizó la entrevista estructurada, historia clínica, la observación clínica, la escala de depresión geriátrica -test de Yesavage y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

### **Entrevista semiestructurada**

Como primera técnica que se utilizó para la recolección de datos del paciente es la entrevista semiestructurada, si bien es cierto esta es una herramienta que se utiliza con mucha frecuencia por los psicólogos clínicos, mediante la cual permite dar apertura al diálogo y la indagación sobre el motivo de consulta. Durante la entrevista es necesario crear un clima de confianza para así generar calidez y fomentar la comunicación a partir del primer momento buscando establecer vínculos y lazos con el paciente (ver Anexo 1).

### **Historia clínica**

Este es un documento clínico de mucho beneficio e importancia, es aquí donde toda la información que es obtenida en la consulta psicológica va plasmada de una manera ordenada tales como los datos de identificación del paciente, el motivo de consulta, historia del cuadro psicopatológico actual, los antecedentes familiares donde se puntualizan la composición y dinámica de la familia, el tipo y antecedentes de la misma, la historia personal donde se recopila todo tipo de información desde el momento de la concepción del paciente hasta la actualidad, exploración física y clínica de fenomenología, hasta llegar a la obtención de un psicodiagnóstico presuntivo (ver Anexo 2).

### **Observación clínica**

Es un método de recopilación de datos muy útil a la hora de comenzar una fase de evaluación, la observación es una herramienta que se utiliza para realizar una indagación sobre un suceso o persona y demanda del uso de todos nuestros sentidos, para de esta manera tener el poder de emitir un análisis reflexivo apropiado y coherente, el objetivo primordial es el estudio de la conducta del individuo dentro de todo su contexto, y poder reconocer modelos de conducta, todo esto con la finalidad de recopilar datos e



información imprescindible para obtener un diagnóstico mediante el análisis del comportamiento del paciente (ver Anexo 3).

### **Escala geriátrica de depresión de Yesavage**

La escala geriátrica de depresión de Yesavage, es uno de los materiales de elección en el rastreo, para valorar la depresión en pacientes adultos mayores. Esta escala muestra como una ventaja que no se centra en molestias que son físicas, sino directamente en aspectos que están relacionados con el estado de ánimo, para la aplicación se le pide al paciente que responda con sí o no a las diferentes preguntas que están vinculadas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana.

Este test está conformado por quince preguntas afirmativas y negativas en su forma sintetizada, frente a las treinta preguntas de la versión original, para evitar en lo posible la disminución de la concentración y el cansancio del paciente. Para la aplicación se necesitan unos cinco minutos para complementarla y también es importante mencionar que sin ayuda el paciente puede realizarla. La versión simplificada de Yesavage es un instrumento de soporte. Como en todas las escalas de depresión existe la posibilidad que aparezcan falsos positivos con una frecuencia significativa, por lo que debe emplearse de manera exclusiva en acompañamiento de otros datos (ver Anexo 4).

### **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)**

Este inventario evalúa los principales rasgos de la depresión en el paciente, este cuestionario tiene diversos grupos de afirmaciones, 21 ítems que describen como se ha sentido durante la última semana hasta el día que se aplica el test, permitiendo obtener datos del paciente que nos indiquen su estado emocional actual. La prueba se la puede aplicar en una duración de aproximadamente entre diez a quince minutos y la valoración de cada pregunta tendrá un puntaje de máximo tres. Los valores que determinan el grado de depresión va desde el 0 al 13 no presenta depresión, de 14 a 19 depresión leve, de 20 a 28 depresión moderada y de 29 a 63 depresión grave (ver Anexo 5).



### **RESULTADOS OBTENIDOS**

Paciente identificado de 78 años de nacionalidad ecuatoriana, oriundo de la provincia del Cañar, acude a consulta por voluntad propia, con la única finalidad de buscar ayuda ya que el paciente manifiesta tener una variedad de sintomatología de las cuales menciona sentirse triste, solo, sin ganas de realizar ningún tipo de actividad, ni tener contacto con las personas que tiene en su mismo ambiente, etc.

El siguiente estudio de caso se llevó a cabo en cinco sesiones terapéuticas, el mismo que ha permitido determinar y desarrollar la problemática que aqueja y causa malestar en el paciente, con la única finalidad de ofrecerle la ayuda que busca y necesita, dichas sesiones mencionadas se llevaron a cabo una vez por semana teniendo una duración de aproximadamente 40 minutos por cada sesión establecida con el adulto mayor.

#### ***Sesiones***

A continuación, se detallará cada una de las cinco sesiones que se realizaron en compañía del paciente de la siguiente manera:

##### **Primera sesión**

La primera sesión se llevó a cabo el día 16 de junio del 2022 desde las 10:00 am hasta las 10:40 am aproximadamente, se empezó estableciendo un clima de confianza para poder crear ese rapport necesario entre el terapeuta y el paciente, con el fin de que el adulto mayor se sienta con toda la confianza de manifestar todo lo que está pensando, todo lo que le está causando algún tipo de malestar. Se utilizó la técnica de la observación clínica y también se aplicó la entrevista semiestructura técnica que permitió obtener información necesaria del paciente para de esta manera llenar la historia clínica en compañía del paciente con datos sobre su vida, escolaridad, antecedentes familiares, hábitos, sueños, topología habitaciones, sexualidad, etc., se le dio a conocer y explicó al paciente de qué manera se llevará a cabo las siguientes sesiones, se propone al paciente la ejecución de tareas, se estableció la fecha y hora de las siguientes citas que se realizará. Luego se realizó la explicación de la terapia cognitiva conductual que es con la que se va a trabajar durante las sesiones establecidas, después se utilizó la técnica diferenciando hechos, pensamientos y sentimientos con la finalidad de que el paciente reconozca sus pensamientos y se le pidió que trabajar con el mismo formato en casa.



### **Segunda sesión**

La segunda sesión se llevó a cabo el día 23 de junio del 2022 desde las 10:00 am hasta las 10:40 am aproximadamente. En esta sesión se procedió de la siguiente manera, se inició preguntando por la tarea enviada. Luego con toda la información recogida y el discurso del paciente se pudo establecer un diagnóstico presuntivo que se va a corroborar con la aplicación de test que serán de gran utilidad. Luego se dan al paciente indicaciones necesarias para la realización correcta del primer test que es la escala geriátrica de depresión de Yesavage, posteriormente se hizo un feedback de la sesión anterior para seguir con la técnica explicar cómo los pensamientos crean sentimientos, luego se elaboró con el paciente un calendario de actividades que debe realizar todos los días, las cuales van ayudar al paciente a ser más activo.

### **Tercera sesión**

La tercera sesión se llevó a cabo el día 30 de junio del 2022 desde las 10:00 am hasta las 10:40 am aproximadamente. En esta sesión se procedió de la siguiente manera, se inició preguntando como le fue con las actividades del calendario que se dejó como tarea, luego se le dio las indicaciones necesarias para la aplicación de un test de depresión que se llama Inventario de depresión de Beck. Después se utilizó la técnica análisis de los costos y beneficios de un pensamiento donde se trabajó con el paciente en un formato en el cual se fue llenando, esta técnica nos ayudó para que el paciente se relacione con las personas.

### **Cuarta sesión**

La cuarta sesión se llevó a cabo el día 07 de julio del 2022 desde las 10:00 am hasta las 10:40 am aproximadamente. Se inicia con el dialogo con el paciente sobre la sesión anterior, las novedades de estos días y la realización de la tarea que se envió. Después se aplicó la técnica de asignación de tareas graduales, mediante la cual va a permitir al paciente en el ámbito social ir se integrando de mejor manera.

### **Quinta sesión**

La quinta sesión se llevó a cabo el 14 de julio del 2022 desde la 10:00 am hasta las 10:40 am aproximadamente, se realizó un breve resumen de los rasgos de la anterior sesión y se emplea la técnica de relajación pasiva. Además, se elaboró el esquema psicoterapéutico con la finalidad de disminuir toda la sintomatología. Una vez ya analizada y obtenida la información con base en el discurso del paciente y la ayuda de las



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



18

diferentes técnicas empeladas entre los cuales tenemos los test psicométricos, en esta última sesión se ejecuta la devolución de un diagnóstico final al paciente.

### *Situaciones detectadas*

El paciente de 78 años, en lo que refiere a su aspecto personal se presenta aseado, vestido acorde a su género y el lugar donde se encuentra, su lenguaje no verbal es consecuente con sus expresiones verbales, se considera mestizo, respecto a su lenguaje es claro y fluido, posee memoria a largo y corto plazo, se muestra con una actitud muy colaboradora a la hora de realizar la entrevista.

En las diferentes sesiones el paciente está orientado totalmente en tiempo y espacio, atención un poco alterada, se distrae con facilidad, no presenta problemas de lenguaje ni existe ningún tipo de alteraciones como alucinaciones de ningún tipo. El paciente presentaba la siguiente sintomatología: sentimiento de tristeza, dificultad para conciliar el sueño, pensamientos de inutilidad y preocupación por su futuro lo que le ha estado generando una afectación en el área emocional del adulto mayor.

En relación a los test psicométricos que fueron utilizados en el paciente, estos reflejaron los siguientes resultados:

- El primer test aplicado fue la escala geriátrica de depresión de Yesavage, en el cual el adulto mayor obtuvo una puntuación de 12, lo que según la tabla de puntos establecidos para este test significa depresión establecida.
- El segundo test aplicado fue el inventario de depresión de Beck, en el cual el adulto mayor obtuvo una calificación de 31 puntos que según lo establecido en la tabla de puntuación correspondiente para este test indica una depresión grave.

Es importante resaltar que cada una de las herramientas y técnicas que fueron aplicadas al adulto mayor fueron de gran apoyo y utilidad para el análisis y también para un posterior diagnóstico para así poder establecer las posibles soluciones a la problemática que el adulto mayor está presentado.

#### **Hallazgos en el área cognitivo**

Mediante esta área se pretendía comprobar si el paciente presenta o no alteraciones a nivel cognitivo. El adulto mayor sí presenta dificultad para concentrarse, distorsión en sus pensamientos y preocupación, sin embargo, está orientado en tiempo y espacio y conserva una memoria a corto y largo plazo adecuado con su edad cronológica.

#### **Hallazgos en el área afectivo**

En el área afectivo el paciente si manifiesta alteraciones debido al abandono familiar y presenta sentimientos de tristeza, irritabilidad, intranquilidad e incapacidad de



disfrutar de actividades o situaciones que anteriormente si le gustaban (anhedonia) ocasionando un desequilibrio emocional.

#### **Hallazgos en el área conductual-social**

El paciente en esta área se mostró decaído, con relación a lo social prefiere aislarse no salir ni relacionarse con nadie ya que no tiene ánimos de conversar, ni de realizar ninguna actividad que involucre salir de su habitación.

#### **Hallazgos en el área somática**

En esta área el paciente presenta dificultad para conciliar el sueño, fatiga, cefaleas constantes, angustia sobre su futuro menciona “estoy viejo y enfermo y encima estoy solo porque nadie me quiere”, presenta enlentecimiento al caminar.

Es importante resaltar que existe factores predisponentes y también precipitantes que en este caso es el abandono familiar y una enfermedad degenerativa conocida como Parkinson, el tiempo de evolución que el paciente presenta es de 1 año. Cabe mencionar que el paciente presenta un pronóstico favorable ya que tiene conciencia de su enfermedad.

#### **Tabla 1**

Matriz del cuadro psicopatológico

<b>Función</b>	<b>Signos y síntomas</b>	<b>Síndrome</b>
Cognitivo	Hipoprosxia, distorsión en sus pensamientos, preocupación.	Depresión
Afectivo	Irritabilidad, tristeza patológica, anhedonia, intranquilidad.	
Conducta social – escolar	Aislamiento social.	
Somática	Somnolencia, fatiga, enlentecimiento, cefaleas, angustia.	

Elaborado por Vivian Carrasco Mancheno

De acuerdo a todo el proceso llevado a cabo se llegó a la conclusión de que el paciente presenta trastorno de depresión mayor grave con codificación 296.23 (F32.2), cumpliendo con los criterios establecidos por el manual de diagnóstico DSM-V.



### *Soluciones planteadas*

Se elaboró un plan psicoterapéutico partiendo de la primera variable a trabajar “abandono familiar” gracias a toda la información recolectada mediante las diferentes herramientas psicológicas para la elaboración de este estudio de caso. El plan psicoterapéutico consiste en abordar la problemática que presenta el paciente mediante el modelo cognitivo conductual aplicando las diferentes técnicas que se utilizan en este modelo para constatar la existencia de pensamientos automáticos y/o distorsiones cognitivas.

Con base en la información y los resultados obtenidos en las diferentes sesiones de trabajo y habiendo comprobado que el abandono familiar incide de manera directa en la depresión que presenta el paciente, se trata de contribuir con un plan terapéutico que incluyan las diferentes técnicas correspondientes a la terapia cognitivo conductual (TCC), donde primero se identificó, se buscó las distorsiones cognitivas que presentaba el paciente para así luego analizarlas y trabajarlas con la finalidad de disminuir o mitigar la sintomatología del adulto mayor con la aplicación de las diferentes técnicas para finalmente dejar en pensamiento alternativo en vez de la distorsión que el paciente presentaba, para que de este modo el paciente vuelva a realizar las diferentes actividades y se integre al entorno en el que se encuentra y no experimente los diferentes síntomas ya mencionados.

A continuación, se da a conocer el esquema psicoterapéutico planteado para el tratamiento del paciente en donde se trabajarán diversas áreas, en las que se incluyen el área cognitiva, afectivo, conducta social y escolar y el área somática, que es donde se evidencian los hallazgos.

**Tabla 2**

Esquema psicoterapéutico

<b>Hallazgos</b>	<b>Meta Terapéutica</b>	<b>Técnica</b>	<b>Número de Sesiones</b>	<b>Fecha</b>	<b>Resultados Obtenidos</b>
Cognitivo Distorsión en sus pensamientos, preocupación.	Modificar los pensamientos negativos.	Diferenciando hechos, pensamientos y sentimientos.	1	16/06/2022	Se logró que el paciente reconozca los pensamientos negativos y trabajarlos.
Afectivo Irritabilidad, tristeza, anhedonia.	Restablecer el estado de ánimo.	Explicar cómo los pensamientos crean sentimientos. Programación de actividades. Análisis de los costos y beneficios de un pensamiento.	1	23/06/2022	Se logró que el paciente entienda que sus pensamientos crean sentimientos provocando malestar.
Social Aislamiento social.	Mejorar las habilidades sociales.	Asignación de tareas graduales.	1	30/06/2022	Se logró que el paciente se integre y comparta con las demás personas en diferentes actividades.
Somático Somnolencia, fatiga, enlentecimiento,	Disminuir la actividad fisiológica.	Técnica de relajación pasiva.	1	07/07/2022	Se logró que el paciente pueda conciliar el sueño, disminuir las



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



23

---

cefaleas.

cefaleas.

---

Elaborado por Vivian Carrasco Mancheno



## CONCLUSIONES

La vejez es un proceso esencial, propio y complejo de la vida del ser humano, donde a partir de los 65 años en adelante se considera la tercera edad, en la cual se experimentan una variedad de cambios a nivel físico, psicológico, social, entre otros, siendo así una etapa de fragilidad la misma que debe tener la atención necesaria de acuerdo a las necesidades que a lo largo del proceso surjan. Los núcleos familiares hoy en día tienden a poner pretextos como la falta de tiempo por cualquier motivo, el no contar con los suficientes recursos económicos para solventar las necesidades del adulto mayor, para así no cumplir con la responsabilidad del cuidado de este grupo de personas vulnerables, lo que conlleva al abandono del mismo.

Dentro del sustento teórico se resaltó las diferentes investigaciones donde corrobora que la mayoría de adultos mayores sufren de algún problema en su salud mental debido a factores como el abandono, también se menciona que existen tipos de abandonos en los cuales encontramos el abandono total, parcial, físico, emocional y económico, cualquiera de estos tipos afecta de manera directa al adulto mayor desencadenando alteraciones. Es importante indicar que como este grupo de personas son vulnerables, entonces es por esto que pueden presentar o pueden ser más proclives a desarrollar no solo enfermedades físicas si no también mentales.

Cabe mencionar que el paciente siempre estuvo con toda predisposición a lo largo del proceso a pesar que algunas veces no estaba bien anímicamente colaboraba de la mejor manera todo con el objetivo de disminuir la problemática. En este estudio de caso se llegó a la conclusión de que el adulto mayor presenta consecuencias emocionales que son producto del abandono por parte de su familia.

Se logró determinar las áreas en las que presenta afectaciones tanto emocional, social y fisiológica que son provocadas a causa del abandono familiar. La sintomatología que presenta son emociones negativas como la tristeza, la intranquilidad, angustia, pérdida de interés por las diferentes actividades que tenga, en relación con el comportamiento le resulta fastidioso la interacción con las demás personas, no le gusta conversar con los demás, además presentando alteraciones en su salud física presentando cefaleas, somnolencia, enlentecimiento, fatiga, lo cual le perjudica de manera muy notoria en la calidad de vida del sujeto.



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



25

A través de las técnicas relacionadas con la terapia cognitivo conductual y las herramientas que se utilizó en este estudio de caso se pudo determinar que el adulto mayor presenta un diagnóstico presuntivo de trastorno de depresión mayor grave cumpliendo con los criterios que son establecidos por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación América de psiquiatría (DSM-V).

Finalmente, se puede concluir mencionando que este estudio de caso, que el haber trabajado con un adulto mayor fue muy importante para mí, ya que me permitió indagar sobre diferentes situaciones y por ende las repercusiones que éstas traen a la vida de estas personas, me permitió tener una mejor comprensión de su formar de pensar y el hecho de que ellos requieren mucha comprensión, atención y sobre todo el escucharlos, hacerles sentir que son valiosos e importantes para las demás personas y de esta manera no experimenten sentimientos negativos o sientan que están solos.



### **RECOMENDACIONES**

Se recomienda tener en cuenta los hallazgos para de esta manera continuar con las indagaciones ya que como sabemos esta problemática está muy presente en la sociedad. Por otro lado, también se propone seguir con el proceso psicológico, fomentar actividades donde puedan desarrollar y trabajar áreas cognitivas, sociales y ocupacionales con la finalidad de conservar activamente la vida del adulto mayor y también áreas donde puedan estimular las destrezas sociales como, por ejemplo, baile, pintura, dibujo, etc.



## BIBLIOGRAFÍA

- Beekman, A., Copeland, J., y Prince, M. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174(4), 307-311. doi:10.1192/bjp.174.4.307.  
<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/review-of-community-prevalence-of-depression-in-later-life/353EFA091655D01ABE0C26EDF79D7CA7>
- Belesaca Zhunio, Martha Sofía y Buele. (2016) Calderón, Andrea Viviana Causas y consecuencias del abandono en el adulto mayor del centro gerontológico “CRISTO REY”, Cuenca-2016. Universidad de Cuenca.  
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25629/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Botto, Alberto., Acuña, Julia., y Jiménez Juan Pablo. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Rev Med Chile*; 142(), 1297-1305.  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n10/art10.pdf>
- Casas-Rojas EC, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A, y Garzón Duque MO. (2018). Multimorbilidad auto-reportada por el adulto mayor del departamento de Antioquia: prevalencia y factores asociados. *Rev CES Med*; 32(2): 116-128.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-116.pdf>
- Cotrado Huamán, Sadith Raquel y Huapaya Flores Guido Ángel. (2020). Abandono del adulto mayor: una perspectiva sociodemográfica. *REPSI - Revista Ecuatoriana de Psicología*. 3(7), pp. 160 – 173.  
<https://doi.org/10.33996/repesi.v3i7.42>
- Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. (2022). Estado de situación de las personas adultas mayores.  
<https://www.igualdad.gob.ec/estado-de-situacion-de-las-personas-adultas-mayores/>
- Corujo, E., y Pérez, D. (2006). Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. *Tratado de geriatría para residentes*.





[https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2003\\_I.pdf](https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2003_I.pdf)

Freire, W., Rojas, E., Pazmiño, L., Fornasini, M., Tito, S., Buendía, P., y Álvarez, P. (2010). Encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento SABE I Ecuador 2009-2010. *Quito: Ministerio de Salud Pública/Universidad San Francisco de Quito.*

[https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Esta\\_sociales/adulto\\_mayor/Manual\\_Encuestador\\_SABE-I.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Esta_sociales/adulto_mayor/Manual_Encuestador_SABE-I.pdf)

Fundación Saldarriaga Concha. (2019). Maltrato y abandono de las personas mayores.

<https://www.saldarriagaconcha.org/maltrato-y-abandono-acechan-a-las-personas-mayores/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20Sirlin%2C%20%20C2%ABse%20expresa%20mediante,el%20ejercicio%20de%20sus%20derechos%20BB.>

Guevara Rodríguez, Fabiola Esperanza., Díaz Daza, Alejandro Francisco., y Caro Reyes, Paola Andrea. (2020). Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Poliantea*. 15(26). ISSN 1794-3159 – E ISSN: 2145-310. <https://doi.org/10.15765/poliantea.v15i26.1501>

Hall, J. E., Karch, D. L., y Crosby, A. (2016). Uniform definitions and recommended core data elements for use in elder abuse surveillance. Versión 1.0. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/37909>

Landriel, E. (2001) Adultos Mayores y Familia: algunos aspectos de la intervención del Trabajo Social. Santiago del Estero (Argentina) - Universidad Nacional de Santiago del Estero e Instituto San Martín de Porres. Artículo presentado al XVII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social, <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-031.pdf>

Lin, C., Lee, S.-H., Huang, C.-M., Chen, G.-Y., Ho, P.-S., Liu, H.-L., Wu. (2019). Increased Brain Entropy of Resting-state fMRI Mediates the Relationship between Depression Severity and Mental Health-related Quality of Life in Late-life Depressed Elderly. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2019.03.012 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032718331173>



Mera, J. J. (2012). Abandono familiar y conductas sociales en adultos mayores; centro del buen vivir mies fedhu-2012. Guayaquil.

[http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6456/2/TESIS\\_COMPLETA\\_JESSICA.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6456/2/TESIS_COMPLETA_JESSICA.pdf)

Montes Olvera, Efrén Eduardo. (2019). Abandono familiar y la depresión en adultos mayores del centro gerontológico Quevedo, del cantón Quevedo. Los Ríos, Ecuador. Universidad Técnica de Babahoyo.

<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/6057/P-UTB-FCJSE-PSCLIN-000199.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., y Ustun, B. (2007). *Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. The Lancet*, 370(9590), 851–858. doi:10.1016/s0140-6736(07)61415-9.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673607614159>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2017). La salud mental y los adultos mayores.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Pincay Herrera, Delia Elizabeth. (2018). Abandono familiar y la salud mental de los adultos mayores del centro gerontológico de Quevedo. Universidad Técnica de Babahoyo.

<http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/5510>

Placeres Hernández, José Fernando, de León Rosales, Lázaro, y Delgado Hernández, Inés. (2011). La familia y el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 33(4), 472-483.



[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242011000400010&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010&lng=es&tlng=es).

Vinueza-Veloz, M. F., Nuñez-Rivero, Y., Leyva-Montero, M. de los Á., Montero-López, I. L., y Mera-Segovia, C. M. (2020). Determinantes sociodemográficos de violencia en adultos mayores ecuatorianos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. doi:10.1016/j.regg.2020.06.003.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X20300949>

Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., y Sethi, D. (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European journal of public health*, 29(1), 58-67.

<https://academic.oup.com/eurpub/article/29/1/58/5033581?login=true>

Zambrano Calozuma, Paulina Alexandra y Estrada Cherre, Johanna Paulina. (2020). Salud mental en el adulto mayor. *Pol. Con.* (Edición núm. 42). 5(2), pp. 3-21, ISSN: 2550 - 682X.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7435297>



## ANEXOS

### Anexo 1. Entrevista semiestructurada

#### Entrevista semiestructurada

- Describame el problema por el que ha venido.
- Explicame qué es lo que te pasa o sientes.
- ¿Como se ha sentido de ánimo últimamente?
- ¿Cuénteme sobre su vida amorosa?
- ¿Como fue su adaptación y motivación en la escuela?
- ¿Considera que últimamente hay cambios importantes en su vida?
- ¿Como es tu rendimiento actual en la escuela?
- ¿Como es tu relación con los profesores y compañeros?
- ¿Tiene o has tenido algún problema con alguien?
- ¿Como es su vida social?
- ¿Tiene muchos amigos?
- ¿Qué acostumbra hacer en su tiempo libre?
- ¿Cómo considera o califica sus relaciones familiares?
- ¿Con quién vive actualmente?
- ¿Con qué frecuencia plática con algún familiar?

Anexo 2. Historia clínica

**HISTORIA CLÍNICA**

HC. # 01

Fecha: 16/06/2022

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombres: A CH

Edad: 78 años

Lugar y fecha de nacimiento: 10 de agosto de 1943

Género: Masculino

Estado civil: Soltero

Religión:

Instrucción: Primaria

Ocupación: NN

Dirección: Babahoyo

Teléfono: NN

Remitente:

**2. MOTIVO DE CONSULTA**

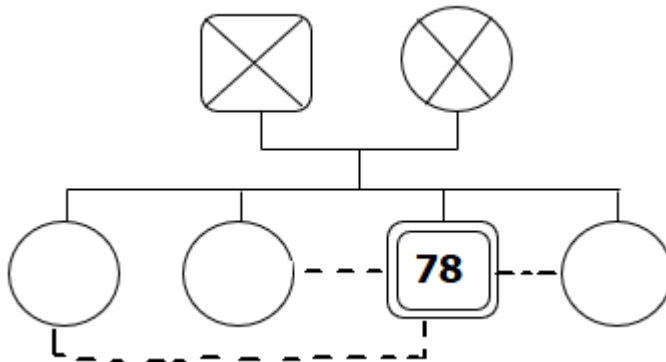
Adulto mayor de 78 años, acude a consulta de manera voluntaria manifestando “me siento triste, solo, desesperado e intranquilo porque mi familia me dejó solo hace mucho tiempo y no sé qué va hacer de mi porque estoy enfermo y viejo y encima solo”

**3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL**

Paciente de 78 años de sexo masculino menciona ser oriundo del Cañar, después se mudó con su familia a Pasaje provincia del Oro donde vivió y se crio, también menciona “aproximadamente hace 60 años mi familia de la noche a la mañana se fueron al Cañar otra vez y me dejaron ahí vivieron solo soy un estorbo para mi familia”. No tiene comunicación con su familia. Se dedica a la labor de misionero con vocación de servicio, manifiesta creer en Dios como ser superior. Además, manifiesta “estoy preocupación de no ser independiente a futuro por mi enfermedad y estar abandonado”. Menciona “me siento mal, paso la mayoría del tiempo triste, no tengo ganas de realizar ninguna actividad, tampoco salir de mi habitación”. Respecto a las relaciones amorosas que tubo no funcionaron porque él paciente menciona que “no soy suficiente para ninguna mujer, nadie me quiere”, no tubo hijos.

**4. ANTECEDENTES FAMILIARES**

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



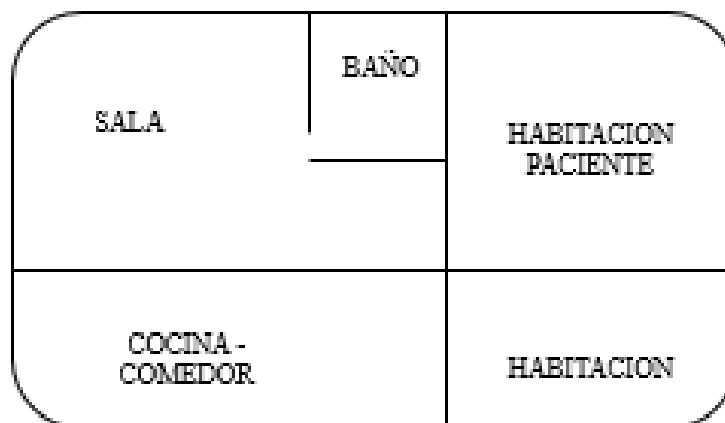
b. Tipo de familia.

Familia nuclear

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

Paciente refiere que su padre sufría de convulsiones.

**5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL**



**6. HISTORIA PERSONAL**

**6.1. ANAMNESIS**

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

Paciente refiere que el embarazo de la madre fue sin inconvenientes, parto normal, la marcha

del paciente empezó al año y medio aproximadamente, sus primeros balbuceos fueron al año, control de esfínteres no refiere, funciones de autonomía del paciente a partir de los 5 años y medio empezó a realizar actividades de forma autónoma, paciente tiene Parkinson.

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

Paciente manifiesta que en su etapa de escolaridad solo acudió hasta cuarto grado y no continuo con sus estudios, no tenía una buena relación con los maestros, menciona que los profesores fumaban y tomaban mucho, la relación con sus compañeros no era bueno, ya que siempre se burlaban de él, su rendimiento escolar no fue bueno.

**6.3. HISTORIA LABORAL**

Su primer trabajo fue vendiendo helados y le daba vergüenza trabajar en esto, luego trabajó en una empaçadora, después tostando café y por último trabajó en una empresa eléctrica.

**6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL**

Paciente presenta dificultades para socializar, prefiere estar solo.

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

Paciente manifiesta que a lo único que se dedica es a leer la biblia, de ahí no le gusta realizar ningún tipo de actividades.

**6.6. AFECTIVIDAD Y PSICO SEXUALIDAD**

Prefiere no hablar.

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

No consume café, alcohol, drogas u otras sustancias.

**6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO**

Respecto a su alimentación el paciente manifiesta que no tiene ganas de comer, en ocasiones solo como dos veces al día. En las noches no descansa, tiene problemas para conciliar el sueño, se despierta en la madrugada y se le hace difícil volver a quedarse dormido.

**6.9. HISTORIA MÉDICA**

Paciente presenta Parkinson, tiene estreñimiento y presenta déficit auditivo.

**6.10. HISTORIA LEGAL**

Sin antecedentes legales

**6.11. PROYECTO DE VIDA**

No tiene ningún proyecto de vida no tiene expectativas sobre su futuro.]



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





## **7. EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL**

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

Paciente de 78 años se muestra en consulta con una actitud colaborativa, su rostro denota tristeza, en ocasiones su mirada se presenta hacia el suelo, se observa una leve agitación después de terminar dos a tres oraciones, su apariencia personal es acorde a su edad cronológica, de contextura delgada, vestido acorde a su género y el lugar donde se encuentra, su aspecto es aseado y limpio, su lenguaje es fluido y coherente.

### **7.2. ORIENTACIÓN**

Paciente se muestra orientado en tiempo y espacio.

### **7.3. ATENCIÓN**

Paciente manifiesta hiporoxoxia.

### **7.4. MEMORIA**

No presenta ninguna dificultad respecto a su memoria de corto y largo plazo.

### **7.5. INTELIGENCIA**

Aparentemente sin alteración.

### **7.6. PENSAMIENTO**

El paciente presente pensamientos negativos sobre su futuro

### **7.7. LENGUAJE**

Su lenguaje es fluido y coherente adecuado para su edad.

### **7.8. PSICOMOTRICIDAD**

Enlentecimiento para moverse.

### **7.9. SENSOPERCEPCIÓN**

No presenta alucinaciones de ningún tipo.

### **7.10. AFECTIVIDAD**

Paciente presenta tristeza patológica, irritabilidad y anhedonia.

### **7.11. JUICIO DE REALIDAD**

Paciente está consciente de la situación en la que se encuentra.

### **7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD**

Paciente presenta conciencia de su padecimiento actual y por tal motivo tomó la decisión de buscar ayuda.

### **7.13. HECHOS PSICO TRAUMÁTICOS E IDEAS SUICIDAS**

No refiere hechos traumáticos, ni ideas suicidas.

### **8. PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS**

- Escala geriátrica de depresión de Yesavage el adulto mayor obtuvo una puntuación de 12, lo cual significa depresión establecida.
- Inventario de depresión de Beck, el adulto mayor obtuvo una puntuación de 31, lo cual nos indica una depresión grave.

### **9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO**

<b>Función</b>	<b>Signos y síntomas</b>	<b>Síndrome</b>
Cognitivo	Hipoprosxia, distorsión en sus pensamientos, preocupación.	<b>Depresión</b>
Afectivo	Irritabilidad, tristeza patológica, anhedonia, intranquilidad.	
Conducta social – escolar	Aislamiento social.	
Somática	Somnolencia, fatiga, enlentecimiento, cefaleas, angustia.	

9.1. Factores predisponentes: abandono familiar

9.2. Evento precipitante: Parkinson

9.3. Tiempo de evolución: 1 año

### **10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL**

Trastorno depresivo grave 296.23 (F32.2).

Cumpliendo con los criterios establecidos por el manual de diagnóstico DSM-V

### **11. PRONÓSTICO**

Paciente presenta un pronóstico favorable ya que tiene conciencia de su enfermedad.

### **12. RECOMENDACIONES**

Se recomienda que el paciente se mantenga con el tratamiento desde el enfoque Cognitivo Conductual.

**13. ESQUEMA TERAPÉUTICO**

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Cognitivo Distorsión en sus pensamientos, preocupación.	Modificar los pensamientos negativos.	Diferenciando hechos, pensamientos y sentimientos.	1	16/06/2022	Se logró que el paciente que el reconozca los pensamientos negativos y trabajarlos.
Afectivo Irritabilidad, tristeza, anhedonia.	Restablecer el estado de ánimo.	Explicar cómo los pensamientos crean sentimientos. Programación de actividades. Análisis de los costos y beneficios de un pensamiento.	1	23/06/2022	Se logró que el paciente entienda que sus pensamientos crean sentimientos provocando malestar.
Social Aislamiento social.	Mejorar las habilidades sociales.	Asignación de tareas graduales.	1	30/06/2022	Se logró que el paciente se integre y comparta con las demás personas en diferentes actividades.
Somático Somnolencia, fatiga, entrecimiento, cefaleas.	Disminuir la actividad fisiológica.	Técnica de relajación pasiva.	1	07/07/2022	Se logró indagar y modificar los pensamientos que le impiden conciliar el sueño.

### Anexo 3. Observación clínica

**FICHA DE OBSERVACION CLINICA**  
**MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA**

#### I. DATOS GENERALES:

Nombre: A CH

Sexo: Masculino....

Edad: 78 años

Lugar y fecha de nacimiento: 10 de agosto de 1943

Instrucción: Primaria

Fecha: 16 de junio

Tipo de Observación: Clínica

Nombre del Observador (a): Vivian Carrasco

#### II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

##### 2.1 DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA.

Paciente de sexo masculino, vestido acorde a su género y el entorno donde se encuentra, contextura delgada, estatura alta de aproximadamente 1,72 m, tez trigueña, presenta un aseo y cuidado personal adecuado y aparenta su edad cronológica. Al momento de ingresar lo hace de manera tranquila y lenta, vestía un pantalón de tela café y una camisa de color beige, su expresión facial denota tristeza, tiene una actitud colaborativa, orientado en tiempo y espacio, se muestra cansado porque manifiesta que no puede conciliar el sueño.

##### 2.2 DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE.

El ambiente en el cual se realizó la entrevista fue el consultorio psicológico, el mismo que tenía un escritorio, una silla cómoda para el paciente, además el no tuvo ningún tipo de interrupción que fuera a incidir durante la entrevista.

##### 2.3 DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA.

Durante la sesión se mostró colaborativo, aunque demostraba desinterés por ciertos temas como la interacción social pero igual respondía cada pregunta que se le hacía.

#### COMENTARIO:

Ninguno.

**Anexo 4.** Escala geriátrica de depresión de Yesavage

23/06/2022

**ESCALA DE DEPRESION GERATRICA (YESAVAGE)**  
**VERSION 15 ITEMS**

-1.	Está usted básicamente satisfecho con su vida?	<u>SI</u>	<u>NO</u> ✓
+2.	Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	<u>SI</u> ✓	NO
+3.	Siente que su vida está vacía ?	<u>SI</u> ✓	NO
+4.	Se siente aburrido frecuentemente?	<u>SI</u> ✓	NO
-5.	Está usted de ánimo frecuentemente?	<u>NO</u> ✓	SI
+6.	Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	<u>NO</u> ✓	<u>SI</u>
-7.	Se siente feliz la mayor del tiempo?	<u>NO</u> ✓	SI
+8.	Se siente con frecuencia desamparada, que no vale nada o desvalido?	<u>SI</u> ✓	NO
+9.	Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir o hacer cosas nuevas?	<u>SI</u> ✓	NO
+10.	Tiene más problemas con su memoria que otras personas de edad?	<u>SI</u>	<u>NO</u> ✓
-11.	Cree usted que es maravilloso estar vivo?	<u>NO</u> ✓	SI
+12.	Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	<u>SI</u> ✓	NO
-13.	Se siente lleno de energía?	SI	<u>NO</u> ✓
+14.	Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	<u>SI</u> ✓	NO
+15.	Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	<u>SI</u> ✓	NO
PUNTAJE TOTAL:		12	

INTERPRETACION: Sume todas las respuestas con mayúsculas y negrillas (SI o No)

00 a 05 Normal

06 a 10 Depresión Moderada

<u>12</u>	11 a 15	Depresión Severa
-----------	---------	------------------

Anexo 5. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

**Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Nombre: A.Ch ..... Estado Civil: Soltero ..... Edad: 78 ..... Sexo: M.  
Ocupación ..... Educación: Primaria ..... Fecha: 30.10.12.2022

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

**1. Tristeza**  
0 No me siento triste.  
1 Me siento triste gran parte del tiempo  
 2 Me siento triste todo el tiempo.  
3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

**2. Pesimismo**  
0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.  
 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.  
2 No espero que las cosas funcionen para mi.  
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

**3. Fracaso**  
 0 No me siento como un fracasado.  
1 He fracasado más de lo que hubiera debido.  
2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.  
3 Siento que como persona soy un fracaso total.

**4. Pérdida de Placer**  
0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.  
 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.  
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.  
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

**5. Sentimientos de Culpa**  
0 No me siento particularmente culpable.  
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- ② Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.  
3 Me siento culpable todo el tiempo.

**6. Sentimientos de Castigo**

- ① No siento que este siendo castigado  
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.  
2 Espero ser castigado.  
3 Siento que estoy siendo castigado.

**7. Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.  
① He perdido la confianza en mí mismo.  
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.  
3 No me gusta a mí mismo.

**8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual  
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo  
② Me critico a mí mismo por todos mis errores  
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- ① No tengo ningún pensamiento de matarme.  
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría  
2 Querría matarme  
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

**10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.  
1 Lloro más de lo que solía hacerlo  
② Lloro por cualquier pequeñez.  
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

**11. Agitación**

- ① No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.  
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.  
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto  
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

**12. Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.  
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.  
② He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.  
3. Me es difícil interesarme por algo.

**13. Indecisión**



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





- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- ② Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

**14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso
- ① No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

**15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- ③ No tengo energía suficiente para hacer nada.

**16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1<sup>a</sup>. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3<sup>a</sup>. Duermo la mayor parte del día
- ③b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- ③ Estoy irritable todo el tiempo.

**18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- ①<sup>a</sup>. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3<sup>a</sup>. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

**19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- ② Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

**20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: 31