



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

**DOCUMENTO PROBATORIO EXAMEN DE CARÁCTER
COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PROBLEMA:
**ABANDONO FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD MENTAL
DE UN ADULTO MAYOR DE 67 AÑOS EN LA PARROQUIA LA
ESMERALDA DEL CANTÓN MONTALVO.**

AUTOR:
ORTEGA COELLO PATRICIO ENRIQUE

TUTOR:
MSC. VERA ZAPATA JUAN ANTONIO

BABAHOYO - ABRIL/2023

Contextualización

1. Planteamiento Del Problema.

En la parroquia La Esmeralda del cantón Montalvo donde se llevó a cabo el proyecto de vinculación con la sociedad en el periodo abril – septiembre 2022 con el tema “Intervención Psicológica para reducir el Estrés en la población de Adultos Mayores” en el cual se pudo evidenciar una adulta mayor con un presunto deterioro en la salud mental producto del abandono familiar. Planteándonos la siguiente problemática. ¿Cómo incide el abandono familiar en la salud mental de una adulta mayor de 67 años de la Parroquia La Esmeralda del cantón Montalvo?

De acuerdo a la OMS (2020) la tasa de abuso en adultos mayores es evidente teniendo en cuenta que 1 de cada 6 ha sufrido un tipo de abuso, reflejando que un 16% sufrió abandono sea este de carácter físico, sexual, financiero, psicológico, y siendo el abandono por parte de sus familiares el que encabeza el estudio. Por lo tanto, se asocia la vulnerabilidad a la vejez de una persona centrándonos en ello como si esto último fuera lo que desencadena la vulnerabilidad (Anchundia, 2015).

En la investigación publicada por Machado (2019) menciona que de 1.121.286 adultos mayores que hay en el Ecuador el 44% es decir 493.365 ha pasado por un tipo de violencia en donde se incluye, maltrato, despojo de patrimonio o en la que hace más énfasis como lo es el abandono familiar teniendo todos estos factores fuertes repercusiones en el ámbito psicológico del adulto mayor.

En investigaciones realizadas por el MIES en la ciudad de Guaranda pudieron realizar estudios donde se evidenció que 30 adultos mayores de aquella ciudad necesitaban mejorar su calidad de vida debido a diversos factores como lo son el abandono, en donde se pudo apreciar un deterioro tanto físico como mental, causado por motivos que los adultos mayores vivían en la calle en estado de vulnerabilidad, sufriendo alguno de ellos el abuso de parte de sus propios familiares (2019).

2. Justificación.

El presente estudio de caso se lo realiza pensando en los adultos mayores que son reclusos por sus propios familiares, una situación que ocurre en ámbitos tanto internacionales, nacionales como locales y que tiene serias repercusiones a nivel mental factor que muchas veces es ignorado por las personas, quienes deberían ser el sustento principal de aquel familiar que está pasando por esa etapa de vida.

Es importante que la sociedad llegue a comprender la situación por la que pasa un adulto mayor en estado de abandono, así mismo brindar información a familias que tengan un adulto mayor en su hogar y reconocer los diferentes tipos de abusos que se pueden dar en diferentes circunstancias y que afectarían a su salud integral, reduciendo así el índice de vulnerabilidad que existe entorno a todos los adultos mayores.

Los beneficiarios de este estudio de caso es la comunidad donde vive el adulto mayor, la comunidad universitaria y por obvios motivos la adulta mayor de 67 años de la Parroquia La Esmeralda del cantón Montalvo, pudiendo así ofrecer un estudio referente a la situación por la cual atraviesa, en donde se incluya el diagnóstico y el plan terapéutico adecuado. Por la información brindada, el presente estudio servirá de guía para personas afines al ámbito social y de la salud con el objetivo que conozcan más sobre las posibles patologías a mencionar.

Se considera de suma importancia y de gran trascendencia el estudio de esta problemática, ya que se debe considerar como parte esencial de un entorno familiar sano el respeto hacia el adulto mayor, en donde se debería respetar su integridad física y psicológica, algo que ha venido sufriendo un cambio donde la salud mental de este tipo de población se ha visto afectada a nivel de emociones negativas.

La factibilidad de realizar el estudio de caso se da gracias a que existe una gama extensa de investigaciones realizadas anteriormente, como de libros, artículos, etc, también la colaboración que tuvo el paciente para poder realizar los estudios pertinentes, y utilizar los instrumentos y técnicas necesarios para lograr una buena obtención de datos y así proponer las herramientas adecuadas para abordar la problemática y ver progresos positivos.

3. Objetivos Del Estudio.

3.1. Objetivo General.

➤ Establecer de qué manera incide el abandono familiar en la salud mental de una adulta mayor de 67 años en la Parroquia La Esmeralda del cantón Montalvo.

3.2. Objetivos Específicos.

➤ Definir con la ayuda de diferentes fuentes bibliográficas el abandono familiar y la salud mental de una adulta mayor de la Parroquia La Esmeralda.

➤ Evaluar por medio de diferentes instrumentos psicológicos si la salud mental de una adulta mayor de la Parroquia La Esmeralda del cantón Montalvo se ve afectada por el abandono familiar.

➤ Analizar los efectos que genera el abandono familiar en una adulta mayor.

4. Línea De Investigación.

La línea de investigación de la carrera de Psicología, se ajusta a este caso, siendo la línea de investigación clínica y forense, y que corresponde a la sub línea de investigación evaluación psicológica clínica y forense, las mismas que mantendrán un esquema estructurado y ordenado, a lo largo de todo el proceso, desde observar y entrevistar a los pacientes hasta realizar las pruebas psicométricas para obtener información que nos ayude a comprender mejor sobre el caso a desarrollar.

Desarrollo

5. Sustento Teórico.

5.1 Abandono Familiar.

Cuando nos referimos al abandono, y en este caso al abandono de un adulto mayor hacemos énfasis en la desatención del mismo, sea en aspectos físicos, emocionales, materiales o incluso familiares, mencionando así que existen varios tipos de abandono. Según la ley de la Republica del Ecuador la constitución sanciona a familiares o alguna institución que sea establecida para el cuidado del adulto mayor en caso de descuido hacia el mismo (Constitución de la República del Ecuador, 2008). Por lo tanto, es obligación de las instituciones dedicadas al cuidado del adulto mayor y de los propios familiares su atención y cuidado de su salud mental (Martínez Villacres y Canching Naveda, 2021).

De acuerdo a la Organización de los Estados Americanos (OEA) en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores lo resalta como la manera de actuar u omitir, sea esta por una vez o de manera reiterada en contra de un adulto mayor la misma que produce algún tipo de malestar o daño físico, psicológico o moral y que a su vez vulnera sus derechos humanos o libertades fundamentales, indistintamente que este sea ocasionado en una relación de confianza (Organización de los Estados Americanos, 2015).

Por otro lado el abandono el abandono familiar en un adulto mayor puede darse en diferentes entornos, y no únicamente en el entorno familiar, como lo son en lo comunitario o social y las instituciones destinadas para su cuidado integral, sea este público o perteneciente al sector privado, en donde se puede ver asociado a una atención grupal y no personalizada, no brindarle una atención adecuada al dejarlos solos por un largo periodo de tiempo, no comprender la necesidad de la integración por géneros, o la mala administración de medicamentos que no han sido recetados por el médico tratante (Ramírez Posadas, 2014).

Entendiendo así el abandono en los adultos mayores se da cuando, las instituciones o los propios familiares hacen pasar por desapercibido el cuidado que estos requieren, tanto a nivel físico, psíquico, o económico, causando así un daño que afecta a su salud física-mental y es un claro indicador que es un factor que debe ser tomado en cuenta en la actualidad.

5.1.1 Familia.

Según Zapata, Delgado y Cardona consideran familia a partir de dos o más personas de un mismo núcleo, o con el solo hecho de compartir en un hogar las situaciones económicas, cocina en común o una convivencia de manera habitual. Un ambiente familiar donde se refleje el cariño y afecto es primordial para la construcción de una buena relación familiar (2015).

El entorno familiar debe estar preparado para y ser sensibilizado para la convivencia y cuidado de los adultos mayores que vayan a convivir junto a ellos, teniendo en cuenta el cambio demográfico que hay en la actualidad, por ello es indispensable tomar en cuenta iniciativas que tengan en cuenta mejorar la situación del adulto mayor (Zapata, Delgado y Cardona, 2015).

5.1.2 Tipos De Abandono Familiar

Dentro de las investigaciones que se ha realizado se pueden definir al abandono en diferentes tipos:

5.1.2.1 Abandono Total.

En este tipo de abandono menciona que el adulto mayor está en completo abandono, no posee ningún tipo de ayuda por parte de alguna institución o algún familiar cercano, por lo que dependen en gran parte de lo que la sociedad le regala como comida, vestimenta o cualquier cosa que esta pueda brindar como ayuda a la persona, por ende, depende de manera forzosa de las limosnas que brinda la sociedad (Molina, 2015).

5.1.2.2 Abandono Parcial.

En cuanto a este tipo de abandono es mucho más común en familias que pueden permitirse la posibilidad de llevar al adulto mayor a una institución donde les brinden el cuidado que en ocasiones la familia no está dispuesta a hacerlo pese a la posibilidad, en familias con bajo recursos económicos buscan la posibilidad de refugiar al adulto mayor en alguna institución pública donde tengan que pagar un parte de la estadía o nada de la misma, pues en este tipo de establecimiento los familiares visitan ocasionalmente al adulto mayor (Molina, 2015).

5.1.2.3 Abandono Físico.

Es muy parecida al abandono parcial, en donde los familiares dejan a merced de las instituciones el cuidado del adulto mayor, olvidándose por completo de su integridad física, dedicándose únicamente a pagar por su mensualidad. En algunas instituciones se cometen unas faltas graves en cuanto al cuidado físico, en donde hay abuso o golpes lo cual suele ocurrir en el propio entorno familiar (Huaman y Flores, 2020).

5.1.2.4 Abandono Psicológico o Emocional.

El de este tipo se da en cualquier circunstancia o lugar donde se encuentre el adulto mayor, calle, casa, asilo, etc. Este tipo de maltrato puede ser mediante insultos, amenazas, humillación incluso gritos hacia el adulto mayor, lo cual puede ocasionar malestar, decaimiento o estrés (Huamán y Flores, 2020).

5.1.2.5 Abandono Patrimonial o Económico.

Se da cuando los familiares que están a cargo del adulto mayor, se aprovechan de la condición en la que el adulto mayor se podría encontrar para así aprovecharse de los bienes que este posea, apartándolos del bienestar propio. También cuando el adulto mayor no posee un ingreso económico debido a que ya no genera sus propios ingresos (Huamán y Flores, 2020).

5.1.3 Causas del Abandono Familiar.

El incremento demográfico de la sociedad actual lleva a diversos problemas entre ellos que la familia no pueda hacerse cargo de todos los que conviven en casa, la baja economía, la escasez de instituciones que brinden información que colaboren en el cuidado del adulto mayor, siendo este último el que más pueda resultar afectado (Valdivia, 2016).

En otras épocas al adulto mayor poseía un buen estatus en la sociedad, por lo que se lo consideraba por su experiencia y sus historias vividas, al pasar el tiempo las costumbres y la cultura también cambia por lo cual en la actualidad se valora más el trabajo que puede realizar una persona y por el gasto económico que esta pudiera hacer. Así olvidando que aquel adulto mayor tiene un pasado en donde fue algo significativo que en tiempos actuales pasa desapercibido (Armenia-Quindío y Bergaño Andrade, 2018).

5.1.4 Consecuencias Del Abandono Familiar.

En la investigación llevada a cabo por Pincay (2018) menciona que lo mas conocido es el desapego social y desvinculación de la familia, que causa estar en la calle. Por ende es notorio que estas causan una identidad debilitada, esto depende mucho del entorno social en relación con el reconocimiento recíproco con el individuo .

Algo que llama mucho más la atención es el impacto que tiene a nivel psicológico como lo es el deterioro cognitivo, por lo que se altera la concentración, atención y sobre todo se ve afectada la parte de evocar recuerdos, tan simples como hechos que ocurrieron hace poco, nombres de personas cercanas, y algo muy común que se ve alterado es su personalidad algo muy constante en los casos de demencia (Pincay, 2018).

5.1.5 Violencia Del Adulto Mayor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la la violencia hacia un adulto mayor como la acción que ocasiona daño o sufrimiento o la escasa protección brindada hacia el adulto mayor para evitar otros daños, teniendo en cuando una estrecha relación de confianza. Entendiéndose así como violación a los derechos humanos que puede ser como maltrato físico, sexual, psicológico o emocional, económico o de propiedad, entre otros (2022)

Existen muchos casos de violencia hacia el adulto mayor, y muchos de ellos se dan dentro del hogar, muchas veces se complica que el adulto mayor viva de manera independiente por el factor económico, que resulta en dificultad incluso de recibir cuidados para mejorar su salud. Sin embargo, el tener probable deterioro cognitivo debido a la violencia vivida, este se puede ir agravando porque el adulto mayor tiene aún que convivir con el abusador, con el aislamiento social, etc (Solano, Chaves y Hernández, 2017).

5.2 Salud Mental.

La OMS menciona que tener una buena salud mental permite que las personas sean resilientes en momentos de estrés, donde se desarrollen sus habilidades sociales, que puedan aprender y trabajar para así aportar en su entorno. Por ello se entiende como algo indispensable de nuestra salud que ayuda a las capacidades individuales y colectivas que influyen una buena toma de decisiones, relacionarse socialmente e interpretar nuestro entorno, es un derecho primordial y unico para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico (2022).

Al mencionar salud mental hacemos énfasis en la nula presencia de trastornos mentales, individualmente cada ser humano tiene una percepción unica, con diferentes grados de dificultad, angustia y consecuencia social y clinica variados. Las enfermedades mentales tienen que ver con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, y otros padecimientos mentales que se lo pueden asociar a la angustia, problema de algún estado funcional o alguna conducta de riesg autolesiva. Por ello se puede deducir que las personas que poseen uno de estos estados tienden a tener una baja salud mental (OMS, 2022)

5.2.1 Determinantes De La Salud Mental.

Los factores que predisponen para una buena salud mental o todo lo contrario que esta se vea afectada, tiene mucho que ver por aquellos aspectos que han venido ocurriendo a lo largo de la vida, donde estos factores pueden ser individuales, sociales o estructurales donde también pueden combinarse entre ellos para proteger o socavar en la construcción de una salud mental optima (OMS, 2022).

De la misma forma la OMS (2022) pone como otros factores determinantes para la salud mental como lo psicológico y biológico, la habilidad que se tenga frente a la respuesta emocional, el consumo de sustancias y la genética, pueden verse implicads en el deterioro de la salud mental. Estos determinantes pueden manifestarse en cualquier momento de la vida, y se hace incapié en lo ocurrido en la infancia, por ello un niño que ha tenido una niñez donde ha sufrido algún tipo de abuso se puede tomar como un factor que afecte a su salud mental.

Así mismo se menciona que los ciertos factores de protección pueden ocurrir durante cualquier etapa de vida, que pueden ser: interacciones sociales positivas, educación de calidad, el trabajo decente etc. Estos se encuentran en diferentes escalas, las locales afectan a personas, familias o comunidades, mientras que los factores mundiales afectan a poblaciones enteras, que pueden ser recesiones económicas, brotes de enfermedades, entre otras. Entendiendo que situaciones como violencia, pobreza, desigualdad puede influir a mejorar o socavar la salud mental (OMS, 2022).

5.2.2 Salud Mental En El Adulto Mayor.

A medida que aumenta la población anciana, también lo hace la demanda social y económica de asistencia sanitaria de calidad. De ahí la necesidad de planes asistenciales de calidad, que pueden dar lugar al desarrollo de residencias, servicios de asesoramiento y otras instalaciones útiles. Por lo que se vuelve fundamental que el estado trabaje en la creación de buenos proyectos sociales, como que reciban un ingreso económico, para que así pueda tener apoyo social y familiar (Zambrano y Estrada, 2020)

De acuerdo a Zambrano y Estrada mencionan que la salud de las personas mayores viene determinada por su capacidad funcional, no por su condición de pobreza, enfermedad o discapacidad. Por tanto, la calidad de vida de las personas mayores está estrechamente vinculada a su capacidad funcional y a las condiciones que les permiten seguir participando en el autocuidado y en la vida familiar y social.(2020).

Según estudios una persona adulta mayor puede presentar algún tipo de problema mental con bastante frecuencia, se estima que un 20% de los adultos mayores ha padecido un problema en alguna etapa de su vida, incluso los estudios de varios epidemiólogos se puede considerar que a los problemas de salud mental se debería prestarle mucha más atención que los problemas físicos. Sin embargo, los problemas mentales no son tomados en cuenta, no suelen ser diagnosticados, por lo que es indispensable la capacitación de profesionales que puedan encargarse de dichas áreas (Zambrano y Estrada, 2020).

De igual manera es de suma importancia para los adultos mayores la mantener relaciones con personas cercanas que sirvan como conexión de apoyo social, sufriendo cuando hay abandono o ruptura de lazos personales, algunos autores mencionan que lo ideal para sentirse feliz y satisfecho el adulto mayor debe sentirse útil y estar activo, lo puesto a esto ocasionaría que la persona se muestre desgraciada y descontenta (Zambrano y Estrada, 2020).

En la etapa de la vejez es inevitable tener pérdidas físicas y mentales, así como de déficits económicos, emocionales y de compañía que afectan a la calidad de vida de las

personas mayores. El bienestar psicológico auto-percibido de las personas mayores es, por tanto, una contribución importante a su estado de salud; la calidad de vida incluye, por tanto, aspectos físicos, emocionales y sociales (Zambrano y Estrada, 2020).

Entre los problemas de salud mental más notables en los adultos mayores tenemos: trastornos neurocognitivos y problemas afectivos.

5.2.3 Trastornos Neurocognitivos.

La pérdida de independencia se destaca como un factor clave en el diagnóstico, dominado por los síntomas cognitivos y conductuales, pero no su etiología. La cognición suele entenderse como la función intelectual que nos permite interactuar con el entorno en el que nos encontramos. Para ello, el cerebro experimenta cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios normales que dependen de la plasticidad cerebral y de la actividad redundante en muchas funciones cerebrales que pueden provocar cambios en la cognición o mantener la función normal (Zambrano y Estrada, 2020)

La capacidad cognitiva general puede verse afectada por factores externos e internos como la salud, la dieta y el sueño. Las personas mayores experimentan cambios cognitivos y, aunque esto puede atribuirse en parte al envejecimiento del sistema nervioso en el cerebro, también hay que tener en cuenta muchos otros factores. El apoyo social y familiar del paciente, su estado de ánimo, la presencia de síndromes geriátricos como la osteoporosis y la fragilidad, así como otras afecciones médicas, deben evaluarse en el momento del diagnóstico. por lo que es necesaria la intervención psicológica para obtener un diagnóstico precoz de un posible trastorno neurológico (Zambrano y Estrada, 2020).

5.2.4 Trastornos Afectivos.

Cada etapa de vida posee sus propias características y así lo es la etapa de la vejez, pues en esta etapa se “juntan” todos los factores y experiencias de etapas anteriores, así mismo el estado afectivo o emocional tiene repercusiones debido a la escasa atención de parte del grupo familiar o de la escasa interacción social positiva, esto conlleva un deterioro progresivo de diversas funciones biológicas, cognitivas o sensoriales, lo que le hace más susceptible a diversos agentes o factores patógenos (Tello-Rodríguez, T, Alarcón, Renato D., Vizcarra-Escobar y Darwin,2016).

La Asociación Americana de Psiquiatría afirma que, en el sistema de clasificación más reciente, los trastornos afectivos suelen abarcar dos áreas básicas: la depresión y el trastorno bipolar, sin embargo, se menciona que la depresión es la cuarta causa de discapacidad entre la población activa, después de las infecciones respiratorias de vías bajas, las enfermedades

perinatales y el sida, y es probable que sea la segunda causa en 2020 (Tello-Rodríguez, T, Alarcón, Renato D., Vizcarra-Escobar y Darwin,2016).

La visión cultural que solemos tener hacia la vejez es verlo atípicamente como algo triste, y hay que saber distinguir los signos y síntomas de una posible depresión, las cuales pueden estar clasificadas en leve, moderada y grave. En cuanto a la leve el paciente puede realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria. En un episodio moderado presentará dificultades en las actividades cotidianas. En un episodio grave pueden presentarse ideas suicidas o conductas autolíticas (Zambrano y Estrada, 2020).

Los profesionales de la salud mental son cada vez más capaces de identificar y tratar la depresión en las personas mayores, ya que los síntomas depresivos suelen pasarse por alto. Además, cada vez se reconocen más los síntomas depresivos causados por medicación o enfermedades físicas concomitantes. Cuando se diagnostica una depresión, la medicación o la psicoterapia pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas con depresión. Los estudios han demostrado que, en el caso de las personas mayores que no pueden o no quieren tomar medicación, el asesoramiento psicológico puede ser eficaz para reducir los síntomas depresivos a corto plazo (Valdivia, 2016).

Valdivia en su estudio realizado en el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores concluye que la mitad de los adultos mayores que fueron muestra de su estudio se han deprimido más en esta etapa de vejez, mencionando que el abandono por parte de sus familiares es la principal consecuencia emocional, donde estos viven solos en completo abandono por parte de sus familiares, entendiéndose así que esta etapa de vida hace de los adultos más vulnerables y sensibles y propensos a presentar depresión por causa del abandono familiar (2016).

La violencia en el adulto mayor desde el punto de vista social y familiar, es una problemática que no se puede pasar desapercibido, por las repercusiones que ello ocasiona en el adulto mayor, como lo es en la salud física y mental, ocasionando en esta última serios problemas como apatía, tristeza u ocasionando que se aleje de la sociedad y de las actividades que solía tener al diario vivir.

El abandono de las personas mayores por parte de familiares o cuidadores es un problema cada vez más común en la sociedad actual. Es importante que los cuidadores y familiares estén atentos a los signos de depresión en las personas mayores y busquen ayuda profesional si es necesario.

Puede afirmarse que el abandono y el maltrato de los ancianos es un fenómeno cultural arraigado en muchas sociedades en las que la organización familiar ha evolucionado hacia estructuras más pequeñas y centrales que ya no conceden un lugar destacado a los ancianos. Con el tiempo, valores como el respeto han perdido importancia en la sociedad, lo que ha provocado un aumento del abandono y el maltrato de los ancianos. Este problema social exige que la sociedad y las autoridades se conciencien y tomen las medidas adecuadas para garantizar el bienestar y la protección de las personas mayores.

6. Metodología.

Para el desarrollo del siguiente estudio de caso se han empleado un tipo y enfoque de investigación que han ayudado a recopilar información sobre el caso a evaluar, así mismo varios instrumentos que son empleados en el campo de la psicología, tales como: observación clínica, entrevistas psicológicas, historia clínica y pruebas psicométricas.

6.1 Tipo y Enfoque De Investigación.

6.1.1 Tipo De Investigación.

El presente estudio de caso es un tipo de investigación descriptiva ya que tiene como objetivo describir detalladamente el abandono familiar y la salud mental de los adultos mayores. De la misma forma recopila información sobre fenómenos y comportamientos, y se enfoca en la recolección de datos descriptivos. Este tipo de investigación se emplea en diversas disciplinas y puede ser útil para generar hipótesis para futuras investigaciones. (Arandes, 2013).

6.1.2 Enfoque De Investigación.

El enfoque de investigación empleado en este trabajo es de naturaleza mixta, lo que implica que se ha utilizado tanto el análisis cuantitativo como el cualitativo para recopilar y analizar datos en un mismo trabajo de investigación, proporcionando una comprensión más completa del fenómeno de estudio (Creswell, 2003).

6.2 Observación Clínica.

La observación es una técnica fundamental en las investigaciones psicológicas, y se utiliza para examinar las características y comportamientos de la unidad de análisis. En este estudio de caso, se aplicó la observación al adulto mayor durante las sesiones y se utilizó una guía de observación como instrumento para registrar los datos observados de manera directa durante las entrevistas con el paciente y de manera indirecta mediante la información proporcionada por personas cercanas a su domicilio (Díaz, 2010).

Gracias a la observación clínica se pudo detectar en el paciente a evaluar, su físico desatendido, así mismo su cuidado personal del aseo era escaso y su vestimenta muy desarreglada, La persona presenta varios síntomas que sugieren un posible trastorno del estado de ánimo o cognitivo. Estos síntomas incluyen una expresión facial triste, dificultades de atención y actitud, llanto al hablar de la familia, lenguaje y pensamiento lentos, movimientos corporales y funciones motoras lentos y pausados.

6.3 Entrevista Psicológica.

Según Morrison (2015) la técnica descrita es la entrevista, que consiste en una conversación entre dos o más personas, con un objetivo específico, facilitada por una persona, y que puede tener una estructura predeterminada o desarrollarse de forma improvisada, es importante mencionar que esta parte de la evaluación es muy importante establecer un buen ambiente de confianza (rapport). En este estudio de caso, se utilizaron entrevistas en cada sesión con el paciente para recoger datos y elaborar su historial clínico psicológico. En la primera entrevista, preguntamos por la filiación del paciente, su historia personal y familiar y el motivo de la consulta. Se utilizó un formato semiestructurado, con preguntas cerradas sobre información personal y familiar y preguntas abiertas sobre el motivo de consulta.

En la segunda sesión también se utilizó una entrevista semiestructurada para conocer los problemas del paciente y captar su estado psicológico actual. Esta vez se utilizaron preguntas abiertas, que permitían al paciente expresarse libremente en un tiempo fijo de cinco a ocho minutos. Las intervenciones sólo fueron necesarias para explicar detalles concretos o aclarar términos ambiguos.

6.4 La Historia Clínica.

La historia clínica es un archivo que recoge y coteja información importante sobre la vida del paciente, su historial médico y psicológico, así como detalles de sus problemas actuales y su evolución a lo largo del tiempo. Esta información se obtiene mediante diversas técnicas e instrumentos, como entrevistas clínicas, observaciones, pruebas psicológicas y otros registros clínicos.

La historia clínica es una herramienta esencial en la práctica de la psicología porque permite comprender la situación del paciente, identificar los factores que pueden estar afectando a sus problemas y elaborar un plan de tratamiento individualizado y adaptado a sus necesidades particulares. Además, la historia clínica ayuda a realizar un seguimiento del paciente a lo largo del tiempo y a evaluar la eficacia de las intervenciones terapéuticas aplicadas (Menéndez, 2012).

6.5 Test Psicométricos.

Tovar (2007) refiere que los test psicológicos son herramientas utilizadas en psicología para evaluar y cuantificar diversos aspectos psicológicos, como las capacidades cognitivas y emocionales o la personalidad. Estas pruebas se basan en el rendimiento ante una serie de

preguntas, tareas o ejercicios estandarizados que miden variables importantes para los objetivos específicos de la prueba. Existen distintos tipos de pruebas psicométricas, como las de inteligencia, personalidad, aptitudes, memoria, atención, etc. Estas pruebas están diseñadas para ser administradas y puntuadas de forma estandarizada con el fin de proporcionar una medida objetiva y comparable del aspecto evaluado.

Los test psicológicos se utilizan en una amplia gama de áreas de la psicología, como la clínica, la educativa y la organizativa. Sin embargo, es importante recordar que deben complementarse con otras técnicas e instrumentos para obtener una evaluación completa y precisa.

6.5.1 *Test De Recursos Sociales OARS.*

Se utiliza para valorar los recursos sociales que posee el adulto mayor en cuando a: estructura familiar, recursos sociales, salud mental, capacidad de realizar actividades cotidianas. Evaluando la calidad y cantidad de los recursos sociales (por ejemplo, ayuda con las tareas domésticas), la participación social, la satisfacción con las relaciones sociales y la percepción del aislamiento social.

El objetivo del OARS es identificar los recursos sociales de una persona y evaluar su capacidad de utilizarlos para hacer frente a situaciones estresantes y adaptarse a los cambios de la vida. La prueba se utiliza a menudo en entornos clínicos y de investigación para evaluar la capacidad de las personas para hacer frente a situaciones estresantes e identificar a aquellas que pueden padecer aislamiento social y problemas de salud mental.

El OARS consta de preguntas abiertas que permiten a los examinadores obtener información detallada sobre los recursos sociales de una persona y resulta especialmente útil para evaluar a personas mayores o con problemas de salud mental (Kahn, 1975).

6.5.2 *Índice De Barthel.*

Es una herramienta que mide que tan dependiente es el adulto mayor en el desenvolvimiento en las actividades básicas de la vida diaria (AVD) como vestirse, comer, lavarse, desplazarse y otras actividades similares. El instrumento consta de 11 ítems que evalúan el grado de independencia con que la persona realiza estas actividades. Cada actividad recibe una puntuación de 0 a 100, con una puntuación de 0 que indica dependencia total y 100 que indica independencia total para completar las AVD.

La herramienta es útil para evaluar el progreso de los pacientes en rehabilitación y tratamiento, y también se utiliza en estudios sobre discapacidad y estudios epidemiológicos para evaluar la calidad de vida de las personas. El Índice Barthel se utiliza en diversos entornos

clínicos, como hospitales, residencias de ancianos y centros de rehabilitación, así como para evaluar el desenvolvimiento del paciente en su entorno doméstico (Ruzafa y Moreno, 1997).

6.5.3 *Test DASS-21.*

Se trata de una herramienta que mide la intensidad de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés que una persona ha experimentado en las dos últimas semanas. Consiste en un cuestionario que contiene 21 preguntas, valoradas en una escala de cuatro puntos que va de "nunca" a "casi siempre".

El cuestionario es ampliamente utilizado por profesionales de la salud mental, clínicos e investigadores para ayudar a diagnosticar y evaluar la ansiedad, la depresión y los trastornos relacionados con el estrés. Los resultados son muy útiles para determinar la gravedad de los síntomas y la necesidad de tratamiento, así como para seguir la evolución del paciente a lo largo del tiempo (Martín, Falcón y González, 2017).

6.5.4 *Escala De Depresión Geriátrica 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. La versión simplificada de Yesavage es un instrumento de soporte (Martínez, Onis, Dueñas, Colomer, Aguado y Luque, 2002).

7. Resultados.

Paciente E.C de 67 años de edad de sexo femenino acude a consulta por voluntad propia y por recomendación de la coordinadora del GAD Parroquial La Esmeralda del cantón Montalvo de la provincia de Los Ríos, institución a la cual está inscrita como beneficiaria del proyecto “Adultos mayores La Esmeralda”.

La paciente menciona que hace un tiempo viene sintiendo una serie de situaciones que ella cree que no es normal y que necesita ayuda psicológica para saber interpretar la sintomatología que está pasando, la cual manifiesta que no siente ánimos de acudir a las reuniones que planifican en el GAD parroquial, menciona también sentir una profunda tristeza debido a que se siente sin apoyo de algún familiar cercano.

Se ha llevado a cabo una evaluación psicológica de cinco sesiones, donde el objetivo ha sido examinar y determinar la perturbación que afecta al paciente y proporcionar la ayuda necesaria para abordarla. Cada sesión se realizó una vez por semana, las cuales estarán descritas a continuación.

7.1 Primera Sesión.

Se lleva a cabo la primera sesión el día sábado 14 de enero del 2023, en la casa de la paciente a las 11:00 am la cual tuvo una duración de 50 minutos aproximadamente, empezamos con una charla amena para poder establecer el rapport, una vez establecido el rapport se le mencionó a la paciente que lo que ella comente dentro de sesión servirá únicamente para evaluar y poder trabajar con su caso y que todo lo dicho será estrictamente confidencial, así mismo se le consultó sobre si tenía algún problema en que se apunten ciertos datos en una libreta los cuales ayudarán a indagar sobre la problemática, la cual mencionó que no tenía ningún inconveniente, se inició sobre cuál era el motivo de su consulta, así mismo se aplicó la técnica de observación clínica y la entrevista, y con datos proporcionados con el paciente se iban llenando ciertos puntos de la historia clínica, en esta primera sesión se pudo conocer lo que le molestaba y perturbaba al paciente, también se logró establecer las fechas y ciertos parámetros de cómo iban a realizarse las siguientes sesiones.

7.2 Segunda Sesión.

El día sábado 21 de enero del 2023 se llevó a cabo la segunda sesión con la paciente, a las 11:00 am, la cual tuvo una duración de 1 hora aproximadamente, una vez establecido el rapport en esta segunda sesión, se recapituló el motivo de consulta para poder entrar nuevamente en contexto, prosiguiendo con la entrevista psicológica, tomando también datos necesarios para la historia clínica, prosiguiendo con la evaluación se explica el test de recursos

sociales OARS e inmediatamente es aplicado, se realiza el juego de cartas “buscando pares” con la paciente, el juego ayuda a detectar problemas del deterioro cognitivo el mismo que nos ayuda a tomar datos para la historia clínica.

7.3 Tercera Sesión.

La tercera sesión fue realizada el día sábado 28 de enero a las 11:00 am, la cual tuvo una duración de 45 minutos aproximadamente, se inició realizando un feedback de la sesión anterior, de acuerdo a los resultados obtenidos del test anterior se ve necesario proseguir con un test que va a evaluar un parámetro más profundo en el paciente, para lo cual se da las indicaciones y se continua con elaboración del test Indice de Barthel, luego se programa la siguiente sesión.

7.4 Cuarta Sesión.

La cuarta sesión se llevó a cabo el 4 de febrero del 2023, a las 11:00 am, se empezó recapitulando lo evaluado en la sesión anterior, en relación al caso de cómo se iba presentando, se ve necesario la aplicación del test DASS-21, se procedió con la explicación de la elaboración del test para luego que sea aplicado, en esta sesión se aplicó también la Escala de depresión Geriátrica Yesavage previamente con sus respectivas indicaciones, antes de finalizar la sesión se vio necesario realizar una técnica para desviar pensamientos y un juego (Yo escucho yo hago) por motivos que serán descritos en situaciones detectadas del presente estudio de caso.

7.5 Quinta Sesión.

La sesión número cinco se llevó a cabo el día 11 de febrero del 2023, a las 11:00 am, en esta última sesión realizamos el rapport y un feedback de todas las sesiones anteriores, luego de analizar toda la información requerida, gracias a la observación, discurso del paciente y test, se realiza la devolución del paciente, con su presuntivo diagnóstico y esquema terapéutico.

7.6 Situaciones Detectadas.

AL llevarse a cabo la primera sesión con la paciente, ella se muestra muy colaboradora a todas las indicaciones que se le ha informado, presenta una vestimenta adecuada a su edad, género y lugar donde se encuentra, su ropa está debidamente cuidada y aseada, respecto a su lenguaje es muy elocuente, no presenta problema alguno en lo alopático, tampoco se distrae de la sesión, no presenta problemas de alteraciones del pensamiento como ilusiones.

La Paciente presenta sentimientos de culpa a lo cual menciona que su condición (abandonado) se debe a su edad y que ya no puede aportar más a sus hijos “ya no sirvo para ayudar a mis hijos, por eso se fueron”, en cuanto síntomas menciona sentirse triste y con dificultad par dormir todas las horas que lo solía hacer antes, ya que se despierta temprano y

no puede volver dormir, así como sentirse sin energías los días que tiene el episodio de insomnio.

Al realizar la entrevista respectiva, menciona que al estar sola y no tener la necesidad de cocinar para alguien no prepara sus alimentos, lo cual la ha llevado a una pérdida de peso, a lo cual procede a mostrar fotografías que se ha realizado anteriormente (1 año y medio aproximadamente) en donde se muestra su aspecto físico con más volumen de masa corporal.

Al realizar la segunda sesión seguida de una entrevista para indagar más en la problemática, la paciente menciona que dejó de asistir al grupo del GAD parroquial porque no le placía ir allí y porque su salud no le dejaba realizar las actividades que suelen hacer ahí, aunque mencionó que las escasas veces que iba la pasaba bien y se divertía, también se pudo observar que no presenta un leve enlentecimiento en los psicomotor, se procedió a evaluar con el test de recursos sociales OARS, el test da como resultado “recursos sociales bastantes deteriorados”, luego se realiza un juego llamado “buscando pares” que la paciente mencionó que le gustó cuando asistía al grupo del GAD, el juego evalúa la atención que una persona tiene para realizar las actividades en donde se pudo observar que no presenta problemas en la atención.

En la tercera sesión, se procedió a realizar una retroalimentación de la sesión anterior, así como a indagar más sobre el resultado del test OARS utilizando la entrevista, donde afirmó que es muy poca la ayuda que recibe de parte del entorno social y de igual manera por parte del Gad parroquial, se procedió a evaluar otro aspecto fundamental mediante el test Índice de Barthel, en el cual tardó unos 10-15 minutos aproximadamente, dando el test como resultado “Grado de dependencia moderado”.

En la cuarta sesión, se hace un feedback de la tercera sesión en donde menciona que no realiza las cosas por su salud, y que ya no siente ganas de ir al grupo porque ya no puede realizar las tareas del grupo, se realiza la aplicación del tes DASS-21 dando como resultado en depresión: Depresión extremadamente severa, en ansiedad: ansiedad leve y en estrés: estrés moderado, se prosiguió con la aplicación del test Yesavage en donde su resultado fue: Depresión establecida, al estar realizando el test la paciente utilizaba una toallita donde secaba sus lágrimas, se pudo observar que se sintió identificada con las preguntas realizadas en el test, se le mencionó que podíamos parar la sesión a lo que ella dijo que si podía continuar.

Al terminar el test se le preguntó cómo se encontraba, y procedió a llorar sin poder controlarse, para lo cual utilizamos una técnica de desviar pensamientos (contar regresivamente del 100 restando de dos en dos), en cuanto se pudo observar que se tranquilizó realizamos un

juego (yo escucho yo hago) que mencionó que le gustaba porque todos los miembros del grupo se confundían.

7.6.1 Hallazgos Del área Cognitivo.

En esta área se pretende diagnosticar si la paciente tiene una alteración en lo cognitivo. Presenta ideas irracionales, las cuales se pueden ver reflejadas en su manera de actuar y evidentemente en su aspecto físico, en cuanto a lo atencional no presenta alteración alguna y no presenta ideas suicidas.

7.6.2 Hallazgos Del Área Emocional.

Se muestra una evidente alteración de sus emociones, como resultado de su estado de abandono familiar, que producen: tristeza, y estado de ánimo bajo, intranquilidad, incapacidad de disfrutar de actividades que le solía gustar hacer anteriormente, mostrándose indispuesta de volver a realizarlo.

7.6.3 Hallazgos Del Área Conductual.

La paciente muestra un claro rechazo a realizar las cosas que le gustaban (anhedonia), no quiere relacionarse con su entorno social (vecinos, amigos), ya que menciona que no le place platicar con nadie.

7.6.4 Hallazgos Del Área Psicosomático.

En esta área la paciente presenta sensación de cansancio y disminución de energía, así mismo también tiene problemas para conciliar el sueño (insomnio), y también una pérdida de peso considerable.

Es necesario mencionar que la paciente es consciente de su enfermedad la cual la lleva presentando hace un año y medio aproximadamente de igual manera se pudo ver la presencia de síntomas que la paciente no pudo describir.

7.6.5 Tabla 1.

Matriz del cuadro psicopatológico

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	ideas irracionales.	Episodio depresivo
	Valoración propia baja	moderado.
	Culpa excesiva o inadecuada.	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
Afectivo	Estado de ánimo bajo	Episodio depresivo
	Tristeza	moderado.

	Anhedonia	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
Conducta social-escolar	Retraimiento social.	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
Somática	Insomnio	Episodio depresivo moderado.
	Ausencia de reacciones emocionales.	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
	Cansancio	
	Perdida notable de apetito.	
	Pérdida de peso no intencional.	

Elaborado por Enrique Ortega Coello

Con todos los datos obtenidos de las sesiones realizadas en la paciente de 67 años de la parroquia La Esmeralda del cantón Montalvo, se pudo llegar al siguiente diagnóstico presuntivo F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, tomando en cuenta los criterios diagnósticos del CIE-10.

7.7 Soluciones Planteadas.

Conforme a toda la información que se pudo obtener en el caso de la paciente E.C de 67 años de edad de la parroquia La Esmeralda del cantón Montalvo, se lleva a cabo la siguiente propuesta terapéutica para el presunto diagnóstico, que está basada en el enfoque de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y Terapia Racional Emotiva Conductual) (TREC).

Hallazgos	Meta terapéutica	Técnica	Número de sesiones	Fecha	Resultados obtenidos
Bajo autoconcepto	Modificar la valoración propia	Reestructuración cognitiva. (TCC)	2		Mejor percepción de si mismo Obtener
Ideas irracionales	Establecer ideas asertivas	Modelo ABC - Albert Ellis (TREC)	1		pensamientos positivos frente a las adversidades.

Aislamiento social	Retomar actividades	A/C (TCC)	2	Reintegración al grupo del GAD.
Insomnio	Disminución fisiológica	TCC-I	2	Adoptar hábitos saludables al dormir

Fuente: Esquema psicoterapéutico.

Elaborado por: Enrique Ortega Coello.

8. Discusión De Resultados.

En primer lugar, los resultados de nuestra investigación confirman que el abandono familiar tiene un efecto negativo en la salud mental del adulto mayor. En particular, nuestros datos muestran que el abandono familiar se asocia significativamente con niveles más altos de depresión en los adultos mayores.

En cuanto a los autores citados en el presente estudio de caso concuerdan que el abandono del adulto mayor es un tipo de abuso que le puede llegar a afectar de manera integral, el cual puede darse por los propios familiares, por las instituciones (públicas o privadas) o por parte de la sociedad.

Al aplicar el Test OARS se pudo presenciar que los recursos sociales del adulto mayor son muy escasos, contando con muy poca ayuda de parte de la sociedad y nulo contacto de parte de sus familiares, teniendo en cuenta que dentro del tipo de abandono hay uno muy importante como lo es el abandono total, que consiste en el abandono completo del adulto mayor.

Gracias a las diversas aportaciones a nivel bibliográfico en el presente estudio de caso, se puede apreciar que el cuidado físico que debe tener un adulto mayor es de mucha importancia, al evaluar al sujeto de estudio con el test Índice de Barthel se encuentra que necesita ayuda para diversas actividades básicas de la vida diaria, tales como desplazarse, prepararse alimentos o subir y bajar escaleras, al ser necesaria ciertos tipos de ayuda de manera indispensable tiene serias repercusiones a nivel cognitivo.

Así como menciona Zambrano y Estrada la salud mental del adulto mayor depende en gran parte por su aportación funcional sea para sí mismo o para ayuda hacia otra persona, en el test utilizado DASS-21 muestra resultados significativos en las áreas evaluadas, depresión, ansiedad y estrés.

Estos resultados coinciden con investigaciones anteriores, según las cuales la calidad de las relaciones interpersonales es un factor clave para la salud mental de las personas mayores. El abandono y la falta de apoyo familiar pueden provocar soledad, aislamiento social y una menor calidad de vida, lo que a su vez puede aumentar el riesgo de depresión.

El test Yesavage, nos da como resultado una depresión establecida, comprobando lo dicho por estudios realizados previamente por Valdivia, en donde menciona que sus muestras de estudios pasaron por alguna etapa de depresión en la vejez, enfatizando así que es ocasionado por parte del abandono familiar.

Es importante señalar que el presente estudio no pretende demostrar que todas las depresiones en personas mayores estén causadas por el abandono familiar. Muchos factores pueden contribuir al desarrollo de la depresión en las personas mayores, incluidos los factores biológicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, los datos mostrados sugieren que la negligencia familiar es un factor de riesgo importante que merece especial atención en la prevención y el tratamiento de la depresión en los adultos mayores.

Por último, es importante tener en cuenta las limitaciones del estudio. Aunque los datos sugieren una relación significativa entre la negligencia familiar y la depresión en adultos mayores, no podemos inferir que esta relación sea necesariamente causal. Además, los datos se limitan a una muestra específica y pueden no ser generalizables a otros grupos de personas mayores. Estas limitaciones allanan el camino para futuras investigaciones que profundicen en la relación entre el abandono familiar y la salud mental de las personas mayores.

9. Conclusiones.

Con la ayuda de diferentes fuentes bibliográficas, se ha definido el abandono familiar y la salud mental de una adulta mayor de la Parroquia La Esmeralda. En el presente estudio de caso se buscó la relación que existe entre abandono familiar y la relación que existe en la salud mental de una adulta mayor, a través de diferentes fuentes bibliográficas, llegando a la conclusión de que la familia es una parte fundamental en el cuidado tanto físico como psicológico del adulto mayor y que cualquier tipo de abandono podría ocasionar problemas en la estabilidad de la salud mental.

Así mismo, se puede recalcar que, mediante la evaluación de diferentes instrumentos psicológicos, se ha determinado que la salud mental de la adulta mayor de la Parroquia La Esmeralda del cantón Montalvo se ve afectada por el abandono familiar. Además, se puede concluir mediante los diversos test que se han aplicado a la muestra de estudio, se muestra que el adulto mayor presenta un entorno social y familiar muy deteriorado y tomando en cuenta lo plasmado en la parte conceptual eso conlleva a una falencia que afectan la parte cognitiva como se lo muestra en el test DASS-21 donde da como resultado estados emocionales afectados como lo son estrés, ansiedad y depresión y corroborando dichos resultados con un test más específico como lo es el test Yesavage.

De igual manera podemos mencionar que el abandono de un adulto mayor por parte de su familia, de la sociedad o de las instituciones pertinentes tiene evidentes incidencias en lo económico, físico y emocional del geronte, mostrándose el área de mayor preocupación en lo emocional, donde según Tello-Rodríguez, T, Alarcón, Renato D., Vizcarra-Escobar y Darwin señalan que la depresión podría ser la segunda causa de discapacidad desde el año 2020.

En conclusión, la salud mental de las personas mayores puede verse gravemente afectada por el abandono familiar, que puede evaluarse mediante herramientas psicológicas. Las investigaciones existentes sugieren que el abandono puede provocar una serie de problemas emocionales y físicos, como sentimientos de aislamiento, tristeza, ansiedad y depresión. Por lo tanto, es importante abordar este problema con eficacia para proteger la salud y el bienestar de las personas mayores y prevenir posibles consecuencias negativas.

10. Recomendaciones.

Algo que no se puede dejar desapercibido es que el abuso hacia el adulto mayor es evidente por lo que se recomienda a la población en general conocer los diferentes tipos de abusos que puede sufrir un adulto mayor, y como pueden influir en su salud mental.

Se recomienda principal atención a los indicios en aquellos adultos mayores que han sido abandonados por sus familiares, ayudándolos a reintegrarse en la sociedad mediante programas económicos, de salud o culturales donde se pueda evidenciar una participación que ayude a abordar la problemática que atraviesa. Estos programas pueden incluir actividades como grupos de apoyo social, programas de atención familiar, actividades culturales, deportivas, atención médica y psicológica.

Se recomienda a la sociedad o instituciones en buscar ayuda de equipos multiprofesionales que trabajen con una evaluación integral de las necesidades y problemas que pueda presentar un adulto mayor en estado de abandono, para así obtener una atención más completa y efectiva. Al contar con un equipo que incluya psicólogos y otros profesionales de la salud mental se pueda brindar una atención personalizada que ayude a identificar y tratar trastornos psicológicos y emocionales de manera temprana y efectiva.

Referencias.

- Anchundia L. (2015). *Ilusiones en la tercera edad*. La Revista –El Universo <http://www.larevista.ec/orientacion/familia/ilusiones-en-la-tercera-edad>.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Década de envejecimiento saludable. 2020 -2030*. Agenda de las Naciones Unidas. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true.
- Machado, J. (6 de junio de 2019). *493.365 adultos mayores son víctimas de algún tipo de violencia en Ecuador*. Primicias. <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/adultos-mayores-violencia-mies/>.
- MIES (2 de octubre de 2019). *Adultos mayores en situación de abandono fueron ingresados al Centro Gerontológico en Guaranda*. Gobierno del Ecuador. <https://www.inclusion.gob.ec/adultos-mayores-en-situacion-de-abandono-fueron-ingresados-al-centro-gerontologico-en-guaranda/>.
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Quito, Ecuador: Asamblea Nacional Constituyente*. [Archivo PDF] <https://www.cecepn.edu.ec/wp-content/uploads/2016/03/Constitucion.pdf>.
- Martínez Villacres, O. S., & Canchig Naveda, S. (18 de Septiembre de 2021). *Situación de abandono de los adultos mayores autovalentes e institucionalizados en un centro residencial gerontológico de la ciudad de Guayaquil durante la pandemia del Covid-19 en el año 2020*. Universidad de Guayaquil.
- Organización de los Estados Americanos. (2015). *Convención Interamericana Sobre La Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70)*. Obtenido de Organización de las Naciones Unidas: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a70_derechos_humanos_personas_mayores.asp.
- Ramírez Posadas, C. (Junio de 2014). *Abandono social de las personas adultas mayores en la Ciudad de México*. Red Latinoamericana de Gerontología. <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=2974>.

- Molina, J. (2015). *Conductas de afrontamiento ante la soledad en adultos mayores institucionalizados y en situación de abandono*. Universidad Rafael Landívar
- Huamán, S. R. C., & Flores, G. A. H. (2020). Abandono del adulto mayor: una perspectiva sociodemográfica. *Revista Ecuatoriana de Psicología* 3(7), 160-173.
- Zapata-López, B. I., Delgado-Villamizar, N. L., & Cardona-Arango, D. (2015). Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011. *Revista de Salud Pública*, 17(6), 848-860.
- Valdivia, J. B. (2016). Depresión en el adulto mayor por abandono familiar. *Tlatemoani: revista académica de investigación*, 7(22), 226-271.
- Armenia-Quindío, & Bergaño Andrade, N. (2018). Impacto y Causas del abandono familiar en adultos mayores residentes del centro de bienestar del anciano El Carmen. Universidad del Quindío. <https://bdigital.uniquindio.edu.co/bitstream/handle/001/6095/IMPACTO%20Y%20CAUSAS%20DEL%20ABANDONO%20FAMILIAR%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%20RESIDENTES%20EN%20EL%20CENTRO%20DE%20BIENESTAR%20DEL%20ANCIANO%20EL%20CARMEN%20ARME~1.pdf?sequence=1&isAllowed=n>.
- 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>.
- Organización Mundial de la Salud (13 de junio de 2022) *Maltrato de las personas mayores*. WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>
- Montero Solano, G., Vega Chaves, J. C., & Hernández, G. (2017). Abuso y maltrato en el adulto mayor. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 120-130. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100120.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-healthstrengthening-our-response>.
- Zambrano-Calozuma, P. A., & Estrada-Cherre, J. P. (2020). Salud mental en el adulto mayor. *Polo del conocimiento*, 5(2), 3-21.

- Tello-Rodríguez, Tania, Alarcón, Renato D e Vizcarra-Escobar, Darwin. (2016). Saúde mental em idosos: principais distúrbios neurocognitivos, afetivos e do sono. *Jornal peruano de medicina experimental e saúde pública*, 33 (2), 342-350. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>
- Díaz Sanjuán, L. (2010). La observación. http://up-rid2.up.ac.pa:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1502/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Morrison, J. (2015). *La entrevista psicológica*. Editorial El Manual Moderno.
- Menéndez Osorio, F. (2012). La historia clínica y la anamnesis en la psicopatología actual. De la biografía a la biología. De la escucha y mirada clínica a la escucha y mirada por los aparatos.:¿ Qué es la evidencia en salud mental?. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 32(115), 547-566.
- Tovar, J. (2007). Psicometría: tests psicométricos, confiabilidad y validez. *Psicología: Tópicos de actualidad*, 8(85-108).
- Martínez J, Onis MC, Dueñas R, Colomer CA, Aguado C, Luque R. (2002) Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM*. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003.
- Martín, M. B. G., Falcón, J. C. S., & González, P. O. (2017). El factor de estructura jerárquica de la versión española de la depresión ansiedad y el estrés-21 Escala. *International journal of psychology and psychological therapy*, 17(1), 97-105. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5823618>.
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista española de salud pública*, 71, 127-137. <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>.
- Kahn, R. L. (1975). *The Older Americans Resources and Services (OARS) Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*. Ann Arbor: Institute of Social Research, University of Michigan.

Creswell, J. W. (2003). Research design: qualitative, quantitative, and mixed method approaches. Sage Publications. https://www.researchgate.net/profile/Daliborka-Luketic/publication/320521456_Book_Review_Nacrt_istrazivanja_kvalitativni_kvantitativni_i_mjesoviti_pristupi/links/5a8ad103aca272017e62aa7a/Book-Review-Nacrt-istrazivanja-kvalitativni-kvantitativni-i-mjesoviti-pristupi.pdf?_sg%5B0%5D=started_experiment_milestone&origin=journalDetail&_rtd=e30%3D.

Arandes, J. A. T. (2013). El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva. Un ejemplo de aplicación práctica utilizado para conocer las investigaciones realizadas sobre la imagen de marca de España y el efecto país de origen. *Provincia*, (29), 135-173. <https://www.redalyc.org/pdf/555/55530465007.pdf>.

Anexos

Anexo 1. Entrevista Semiestructurada.

Preguntas De La Entrevista Semiestructurada

- 1) **¿Con quién vive en casa?**
- 2) **¿Tiene hijos?**
- 3) **¿Cree que su familia la ha abandonado?**
- 4) **¿Cuál cree usted que es el motivo por el que su familia la ha abandonado?**
- 5) **¿Siente que necesita a su familia por algún motivo?**

Anexo 2. Historia Clínica.

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: 11/01/23

HC. # _____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: E. V **Edad:** 67 años
Lugar y fecha de nacimiento: Mercedes, 23-08-1956
Género: Femenino **Estado Civil:** Viuda **Religión:** Católica
Instrucción: Secundaria **Ocupación:** ama de casa
Dirección: Calle principal LA Esmeralda **Teléfono:**
Remitente:

2. MOTIVO DE CONSULTA

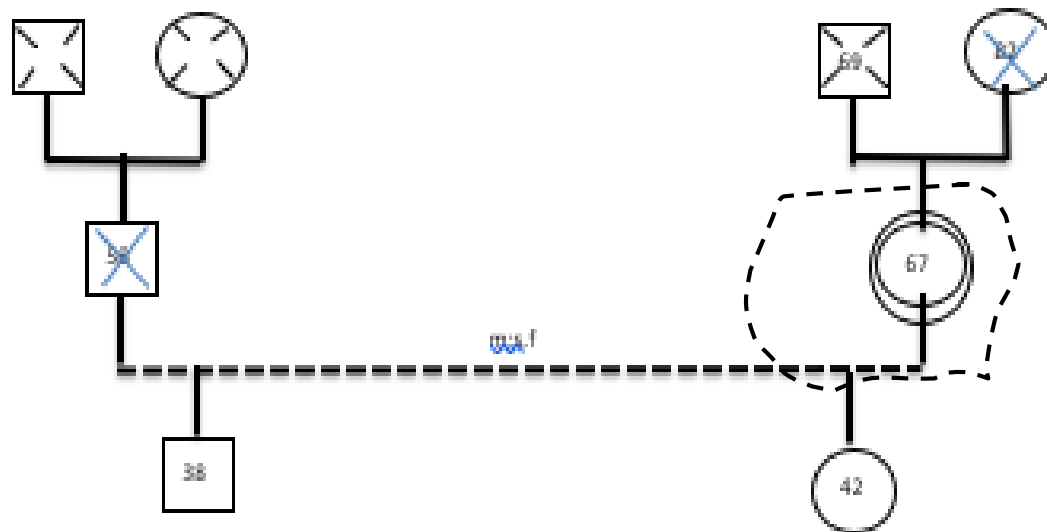
La paciente menciona que hace un tiempo viene sintiendo una serie de situaciones que ella cree que no es normal y que necesita ayuda psicológica para saber interpretar la sintomatología que está pasando.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

La paciente menciona que desde un año y medio ha empezado a sentir que algo no está bien con ella, hace 4 años fue el fallecimiento de su esposo y a los dos ocurre el abandono hacia ella de parte de su hijo, de igual manera aunque su hija viva cerca no tiene razón de ella por semanas completas, siente que no tiene motivos de estar feliz, a pesar que cree que su hijo salió por motivo de trabajo, cito lo dicho por la paciente "creo que se fue a otro lado a trabajar, no me dijo nada solo se fue". Al sentir malestares físicos y "achaques" como menciona ella siente que necesita alguien de apoyo que esté pendiente por si ella se enferma, menciona que se siente tan decaída a momentos que no ve la necesidad de ir al grupo de adultos mayores del GAD parroquial, lugar al que frecuentaba semanalmente a los talleres que ahí se impartían y menciona que se siente muy mal porque nunca pensó que a esa edad no iba a poder estar normal como otros adultos de edad similar.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

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



4.2 Tipo de familia

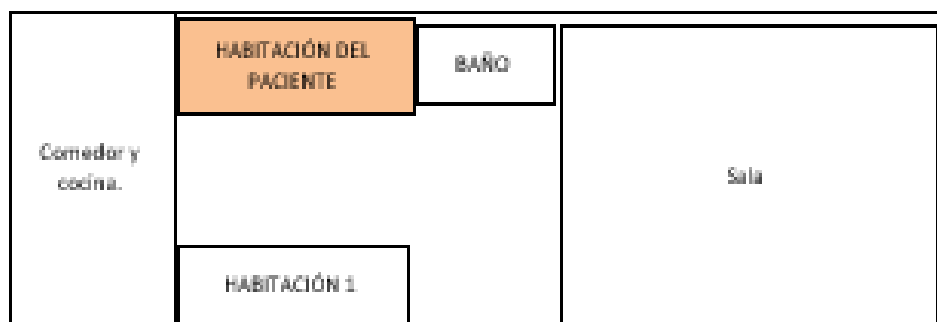
La paciente antes del fallecimiento de su esposo y del abandono por parte de su hijo vivía en una familiar nuclear.

4.3 Antecedentes psicopatológicos familiares.

La madre de la paciente sufría de migraña.

El padre de la paciente tenía problemas de hipertensión.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

Menciona que su madre no tuvo problema alguno en el embarazo el cual fue normal, ella empezó a caminar antes del año, y pasado el año y medio empezó a balbucear palabras, no tiene información sobre el control de esfínteres, menciona que a la escuela (5 años aproximadamente) ya se vestía sola.

6.2. ESCOLARIDAD

Paciente manifiesta que no tuvo ningún problema en cuanto a la escolaridad, siempre fue buena estudiante, tenía amigos en su escuela en la única que estudió el básico.

6.3. HISTORIA LABORAL

Su primer empleo fue vendiendo pan desde los 12 años, luego cuando se comprometió con su esposo se dedicaba a lavar ropa por encargo.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

No presenta problema alguno cuando se encuentra con más gente.

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE

No se dedica a nada en su tiempo libre.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

La paciente menciona que antes del fallecimiento de su esposo era muy cariñosa, ahora siente que no lo expresa con nadie por lo cual no sabe que responder, en el área psicosexual menciona que no tiene interés.

6.7. HÁBITOS

Tiene el hábito de tomar café en las mañanas.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO.

Paciente menciona que últimamente, no desea comer a las horas establecidas porque no tiene apetito, presenta insomnio.

6.9. HISTORIA MÉDICA

Paciente menciona que hace 1 mes empezó cheque médico, por constantes dolores de ~~cab~~ cabeza.

6.9. HISTORIA LEGAL

No presenta antecedentes legales.

6.10. PROYECTO DE VIDA

No tiene expectativas sobre su futuro.

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA

Paciente presenta vestimenta acorde a su edad, se muestra muy colaboradora en las sesiones.

7.2. ORIENTACIÓN

Se ubica en tiempo y espacio.

7.3. ATENCIÓN

No presenta alteración.

7.4. MEMORIA

No presenta dificultades.

7.5. INTELIGENCIA

No refiere problemáticas en el área intelectual

7.6. PENSAMIENTO

Presenta pensamientos pesimistas respecto hacia si mismo y el futuro.

7.7. LENGUAJE

La paciente se expresa cotidianamente de manera coprolalia

7.8. PSICOMOTRICIDAD

Presenta enlentecimiento.

7.9. SENSOPERCEPCION

No presenta dificultad.

7.10. AFECTIVIDAD

Presenta tristeza, falta de motivación para realizar las cosas.

7.11. JUICIO DE REALIDAD

No presenta dificultad.

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Si es consciente, puesto que solicita ayuda de manera voluntaria.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

Fallecimiento de su esposo y abandono de parte de su hijo.

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

Test de recursos sociales OARS (recursos sociales bastante deteriorados).

Test Índice de Barthel (grado de dependencia moderado).

Test DASS-21(depresión extremadamente severa, ansiedad leve y estrés de moderado).

Test Yegorova (depression establecida).

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitiva	ideas irracionales. Valoración propia baja Culpa excesiva o inadecuada.	Episodio depresivo moderado. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
Afectivo	Estado de ánimo bajo Tristeza Anhedonia	Episodio depresivo moderado. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
Conducta social-escolar	Retraimiento social.	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
Somática	Insomnio Ausencia de reacciones emocionales. Cansancio Pérdida notable de apetito. Pérdida de peso no intencional.	Episodio depresivo moderado. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

9.1. Factores predisponentes:

Abandono Familiar

9.2. Evento precipitante:

Relaciones sociales cotidianas.

9.3. Tiempo de evolución:

1 año y medio.

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Presunto Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos F32.2.

Cumpliendo con los criterios del manual diagnóstico CIE-10.

11. PRONÓSTICO

Presenta pronóstico favorable, ya es consciente de su enfermedad.

12. RECOMENDACIONES

Se recomienda al paciente seguir un tratamiento con un Enfoque de Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Racional Emotiva Conductual.

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta terapéutica	Técnica	Número de sesiones	Fecha	Resultados obtenidos
Bajo autoconcepto	Modificar la valoración propia	Reestructuración cognitiva. (TCC)	2		Mejor percepción de sí mismo
Ideas irracionales	Establecer ideas asertivas	Modelo ABC - Albert Ellis (TREC)	1		Obtener pensamientos positivos frente a las adversidades.
Aislamiento social	Retomar actividades	A/C (TCC)	2		Reintegración al grupo del GAD.
Insomnio	Disminución fisiológica	TCC-I	2		Adoptar hábitos saludables al dormir

Anexo 3. Observación Clínica

FICHA DE OBSERVACION CLINICA

MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES:

Nombre: E.V

Sexo: Femenino

Edad: 67 años

Lugar y Fecha de nacimiento: Moraspungo, 23/08/1956.

Instrucción: Secundaria

Fecha: 14 de enero.

Tipo de Observación: Clínica

Nombre del observador (a): Enrique Ortega

II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

Descripción física y vestimenta.

Paciente de género femenino, presenta vestimenta acorde a su género, edad y lugar donde se encuentra, contextura mediana, estatura aproximada de 1.65, tez trigueña, presenta aseo personal adecuado, aparenta su edad cronológica. Presenta calma al estar frente al observador, mostrando una actitud colaboradora, orientada en tiempo y espacio.

Descripción del ambiente.

El lugar donde se realizó la entrevista psicológica fue en la sala de casa de la paciente en donde solo se encontraba una mesa y un televisor, no había nada que pueda alterar la atención del paciente.

Descripción de la conducta.

Mostraba actitud siempre dispuesta a colaborar

Comentarios: nada que añadir.

Anexo 4. Escala de Recursos Sociales OARS

ESCALA DE RECURSOS SOCIALES (OARS)

DUKE UNIVERSITY CENTER (1978)

A

27

Apellidos _____		Nombre _____	
Entrevistador/a _____		Fecha _____	
Me gustaría que respondiese algunas preguntas acerca de su familia y amigos:			
¿Cuál es su estado civil?			
1. Soltero	<input type="checkbox"/>		
2. Casado	<input type="checkbox"/>		
3. Viudo	<input checked="" type="checkbox"/>		
4. Separado	<input type="checkbox"/>		
No responde	<input type="checkbox"/>		
¿Vive su cónyuge en la residencia?			
1. Si	<input type="checkbox"/>		
2. No	<input checked="" type="checkbox"/>		
No responde	<input type="checkbox"/>		
Durante el último año, ¿con qué frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o de excursión?			
1. Una vez a la semana o más	<input type="checkbox"/>		
2. Una a tres veces al mes	<input type="checkbox"/>		
3. Menos de una vez al mes o sólo en vacaciones	<input type="checkbox"/>		
0. Nunca	<input checked="" type="checkbox"/>		
No responde	<input type="checkbox"/>		
¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?			
3. Cinco o más	<input type="checkbox"/>		
2. Tres o cuatro	<input type="checkbox"/>		
1. Una o dos	<input type="checkbox"/>		
0. Ninguna	<input checked="" type="checkbox"/>		
No responde	<input type="checkbox"/>		
¿Cuántas veces habló (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana? (Si la persona no tiene teléfono la pregunta también es válida.)			
3. Una vez al día o más	<input type="checkbox"/>		
2. Dos veces	<input type="checkbox"/>		
1. Una vez	<input checked="" type="checkbox"/>		
0. Ninguna	<input type="checkbox"/>		
No responde	<input type="checkbox"/>		

¿Cuántas veces durante la semana pasada le visitó alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?

3. Una vez al día o más
2. De dos a seis veces
1. Una vez
0. Ninguna
No responde

¿Hay alguna persona en la que tenga confianza?

2. Sí
0. No
NS/NC

¿Con qué frecuencia se siente solo?

0. Bastante a menudo
1. Algunas veces
2. Casi nunca
3. NS/NC

¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o está algunas veces triste por lo poco que vienen a verle?

1. Tan a menudo como deseo
2. Algunas veces me siento triste por lo poco que vienen
No responde

¿Hay alguien que le ayudaría en cualquier cosa si se pusiera enfermo o quedara incapacitado (por ejemplo, marido/mujer, otro familiar, amigo)? (Ancianos en residencias: la persona debe ser ajena al centro)

1. Sí
0. Nadie dispuesto y capaz de ayudarme
No responde

Si es «Sí», preguntar a y b.

a) ¿Hay alguien (ancianos en residencias: ajeno a la residencia) que cuidaría de usted tanto tiempo como lo necesitase o sólo por un corto espacio de tiempo u ocasionalmente (por ejemplo, acompañarle al médico)?

1. Alguien que cuidaría de mí indefinidamente.
2. Alguien que me cuidaría durante un breve espacio de tiempo.
3. Alguien que me ayudaría de vez en cuando.

No responde.

b) ¿Quién es esa persona?

Nombre _____

Relación _____

Anexo 5. Índice de Barthel

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Areglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10

	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete		
	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse		
	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular		
	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones		
	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Anexo 6 . Test Dass-21



DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación *durante la semana pasada*. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	<input type="radio"/>	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	<input type="radio"/>	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	<input checked="" type="radio"/>
4.	Se me hizo difícil respirar	<input type="radio"/>	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	<input checked="" type="radio"/>
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	<input type="radio"/>	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	<input type="radio"/>	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	<input type="radio"/>
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	<input type="radio"/>	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	<input type="radio"/>
11.	Me he sentido inquieto	0	1	<input type="radio"/>	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	<input type="radio"/>	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	<input type="radio"/>
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.....	0	1	2	<input type="radio"/>
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	<input type="radio"/>	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	<input type="radio"/>	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	<input type="radio"/>
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	<input type="radio"/>	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	<input type="radio"/>	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	<input type="radio"/>	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	<input type="radio"/>	3

Anexo 7. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



EL
GOBIERNO
DE TODOS

Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE¹

FICHA N° 3d

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)				
Nombre del Usuario:			Zona:	Distrito:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad:	Años	Meses	Fecha de aplicación:	Aplicado por:

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	si	<input type="radio"/>
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	<input type="radio"/>	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	<input type="radio"/>	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	<input type="radio"/>	no
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	<input type="radio"/>	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	<input type="radio"/>	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	<input type="radio"/>
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	<input type="radio"/>	no
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	<input type="radio"/>	no
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	<input type="radio"/>
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	<input type="radio"/>	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	<input type="radio"/>	no
13.	¿Se siente lleno de energía?	si	<input type="radio"/>
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	<input type="radio"/>	no
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	<input type="radio"/>	no
Las respuestas que indican depresión están en NEGRITA Y MAYÚSCULAS . Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO .			Total: 12

Anexo 8. Aplicación Test Yesavage a paciente.



Anexo 9. Tutorías con docente tutor.



Anexo 10. Tutoría online con docente tutor mediante la plataforma ZOOM.

Zoom Reunión

Participants: JAIRI ODALIS HERRER..., JUAN ANTONIO VERA Z..., Patricio Enrique Orte..., Gaibor W/dinson, WONG MORAN ANTHO..., JAIRI ODALIS HERRER...

Case clinico Wong Urb 14 - Word

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BARAHYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA REDISEÑADA

MODALIDAD PRESENCIAL

DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA) DEL EXAMEN COMPLETIVO DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA REDISEÑADA

PROBLEMA: I
DEPRESIÓN Y SU INCIDENCIA EN EL DETERIORO COGNITIVO DE UN ADULTO MAYOR DE 70 AÑOS DEL CANTÓN URDANETA

AUTOR:
ANTHONY ALEXI WONG MORAN

Página 1 de 48 8915 palabras Español Ecuador

03:29 p. m. 16/03/2023