



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



EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGO CLÍNICO

PROBLEMA:

DEPRESIÓN Y SU INCIDENCIA EN LA SALUD MENTAL DE UN ADULTO
MAYOR DE 77 AÑOS EN LA PARROQUIA SAN CARLOS

AUTOR:

ARIAS CEDEÑO GINGER TATIANA

TUTOR:

MSC. CEDEÑO SANDOYA WALTER ADRIÁN

BABAHOYO - 2023





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



DEDICATORIA

En primer lugar, quisiera dedicar este trabajo a Dios por brindarme la fuerza, la sabiduría necesaria y sobre todo por brindarme salud, para poder lograr mi objetivo que es la culminación de mi carrera. También quisiera dedicárselo a mis padres que con su esfuerzo y consejos me ha ayudado a conseguir una meta importante en mi vida, que en todos los años de estudios me han brindado su apoyo y consejos para que pueda continuar con mi meta.

También mencionar esas amistades surgidas dentro del ámbito estudiantil, que con el paso del tiempo se consolidó como una hermandad, y que siempre nos apoyamos en cualquier decisión de la vida y a todas aquellas personas que durante estos cinco años estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



AGRADECIMIENTO

Quisiera manifestar mi infinito agradecimiento a nuestro padre celestial Dios, por ser esa fortaleza constante en mi vida, reiterar mis más sinceros agradecimientos a mis padres y hermanos quienes siempre me han brindado su apoyo incondicional y me animaron a seguir mis sueños y también me enseñaron que hay que luchar por lo que uno quiere y si nos proponemos una meta con esfuerzo y perseverancia lo podemos cumplir.

Y como no agradecerle a ese grupo de amistades, que con un toque de humor característico siempre buscábamos una solución a cada adversidad que se nos pudiera presentar en nuestro diario vivir y siempre nos apoyamos de cualquier manera posible, a mis docentes de esta noble institución educativa, por ser guías del saber.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



RESUMEN

A través del actual estudio de caso se desarrolla el tema de la depresión y se explica de manera detallada cuales son los factores biológicos, psicológicos y sociales que se ven involucrados en este trastorno mental, el principal objetivo de este proyecto fue determinar el grado de depresión que llegase a presenta un adulto mayor de 77 años de la parroquia San Carlos. En este estudio de caso se empleó como método la investigación mixta, aportando con los conocimientos desde su enfoque cualitativo y cuantitativo, las cuales facultaron abordar las variables del tema además que se localizan enfrascado en diversas temáticas en esta investigación, con el empleo de técnicas conforme al proceso tales como lo son: la entrevista semiestructurada, historia clínica, las baterías psicométricas como herramientas de la investigación los cuales son: Inventario de Depresión de Beck, Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica determinando que el adulto mayor padece de 296.22 (F32.1) Trastorno Depresivo con episodio único moderado. Además, se implementó el plan psicoterapéutico utilizando a la Terapia Cognitivo Conductual como principal terapia psicológica para el tratamiento de la depresión.

Palabras claves: Depresión, T.C.C, biológico, herramientas, adulto mayor.





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGIA CLINICA



ABSTRACT

Through the current case study, the topic of depression is developed and the biological, psychological and social factors that are involved in this mental disorder are explained in detail, the main objective of this project was to determine the degree of depression that an adult over 77 years of age from the San Carlos parish came to present. In this case study, mixed research was used as a method, contributing with knowledge from its qualitative and quantitative approach, which enabled us to address the variables of the subject, in addition to the fact that they are located involved in various topics in this investigation, with the use of techniques according to the process such as: the semi-structured interview, clinical history, psychometric batteries as research tools which are: Beck Depression Inventory, Yesavage Scale for Geriatric Depression determining that the elderly suffer from 296.22 (F32.1) Moderate single-episode Depressive Disorder. In addition, the psychotherapeutic plan was implemented using Cognitive Behavioral Therapy as the main psychological therapy for the treatment of depression.

Keywords: Depression, T.C.C, biological, tools, older adult.



INDICE GENERAL

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
CERTIFICACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL	IV
CERTIFICADO FINAL DE APROBACIÓN DEL TUTOR	V
RESUMEN	VI
ABSTRAC	VII
RESULTADO DEL TRABAJO DE GRADUACION	VIII
CERTIFICACIÓN DE PORCENTAJE DE SIMILITUD	IX
INDICE	X
INTRODUCCION.....	1
DESARROLLO.....	2
CONCLUSION.....	20
BIBLIOGRAFIA.....	22-23
ANEXOS.....	

INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad común en la mayoría de los seres humanos y la experiencia de estar deprimido, desde leve a algo grave, se observa por lo menos una vez en la vida, mismo episodio muchas veces es tomado como una tristeza pasajera, sin tomar en cuenta los demás síntomas. Pero algunos de las personas con depresión tienen la aparición de cuadros clínicos frecuentes a lo largo de su vida. Esta persona tendrá por lo menos depresión por más de dos semanas de manera frecuente, con intervalos de estar bien relativamente y reaparición con manifestaciones de depresión con duraciones cada vez más prolongadas.

La depresión afecta de manera evidente a la salud mental de una persona, más cuando esta es de una edad avanzada, haciendo que esto sea perjudicial para la salud del paciente, haciendo que este tenga problemas en su diario vivir. El objetivo primordial de este estudio de caso es determinar cómo afecta la depresión a la salud mental de un adulto mayor, estableciendo un tipo de terapia que permita solucionar este problema.

En el presente estudio de caso pretende evidenciar la incidencia de la depresión en la salud de los adultos mayores. Esta investigación tiene como principal objetivo determinar de qué manera la depresión influye en la salud mental de un adulto mayor de 77 años en la parroquia San Carlos. Donde se trabaja con la línea de investigación: Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico y asesoramiento psicológico, y una sublínea de investigación que consiste en psicoterapias individuales y/o grupales.

Para lograr la meta terapéutica se utilizó la observación clínica, una entrevista semiestructurada, la historia clínica, las diferentes pruebas psicométricas aplicada, todo esto para dar primero una valoración del nivel de depresión, segundo en que situaciones se presentan los diversos síntomas y la afectación de la salud mental, buscando que estos nos permitan dar una solución a la depresión, dando tratamiento adecuado y seguimiento al paciente.

Este documento contiene un esquema de desarrollo acerca del caso en donde se pueden encontrar las siguientes partes: introducción, justificación, sustentos teóricos que fueron obtenidos mediante fuentes cibernéticas, libros e informes, técnicas aplicadas para la recolección de información como lo son observación clínica, entrevista, historia clínica, baterías psicométricas, resultados obtenidos, conclusiones, bibliografía y anexos, todo con el fin de permitir que el estudio de caso se lleve de la manera correcta y se pueda establecer un modelo de terapia que pueda ayudar a casos próximos.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso se realiza para determinar la incidencia que tiene el trastorno depresión, las causas de estas y los factores sociales que intervienen en la salud mental de un adulto mayor de la parroquia de San Carlos, para luego analizar cómo afecta en el desarrollo de las relaciones interpersonales en su entorno psicosocial y así mejorar la calidad de vida del paciente que lo padece, identificar, analizar y prevenir la depresión en niños o adultos es el principal objetivo de este estudio.

Es importante este estudio de caso ya que en los últimos años los suicidios a causa del incremento de esta por motivos de la depresión en personas adultas esto porque la mayoría de las personas adultas tienen pensamientos negativos como el sentirse inútiles o que no saben hacer absolutamente nada o por el hecho de ser abandonados o juzgados por familiares o amigos que hacen que estos se depriman con frecuencia, es así como el beneficiario de este proyecto es un adulto mayor de 77 años y entre los beneficios se obtendrá la mejora de la calidad de vida del paciente y una adaptación a este proceso de la edad.

Esta investigación es trascendente ya que permite reconocer la diferencia entre lo que es una depresión y otro tipo de trastorno, a saber cuándo se está sufriendo de esta enfermedad y como esto puede llegar afectar las relaciones interpersonales, sus relaciones familiares, ya que a través de esto podríamos descubrir cómo ayudar a las personas que tengan este trastorno y como deben actuar no solamente en el paciente sino también las personas de su entorno que conocen el problema.

El paciente dio consentimiento para realizar el estudio de caso, brindando los recursos necesarios para que este sea factible, teniendo la cooperación del paciente, en la entrevista, realizando los test y las tareas en casa que fueron otorgadas para ayudar en la terapia, también esto permitió a que el adulto mayor tenga una vida más placentera y pueda continuar sin complicaciones, dándole los conocimientos y las herramientas necesarias con las que pueda trabajar en situaciones similares a la que está pasando en un futuro alterno.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de depresión y su incidencia en la salud mental de un adulto mayor de 77 años en la parroquia San Carlos.

SUSTENTACIÓN TEÓRICA

Depresión

La depresión es un trastorno emocional que es causante de muchos problemas para la salud y que siempre está enmarcado en un estado de abatimiento e poca felicidad que puede ser transitorio o permanente donde predominan los síntomas los síntomas afectivos. A pesar de estos todas las personas han estado tristes alguna vez. Por ejemplo, tras la ruptura de una relación sentimental o tras la muerte de un ser querido se pueden obtener sentimientos de enfadados, irritabilidad, tristeza, estar más nerviosos de lo habitual, con falta de apetito e insomnio o hipersomnolencia. Generalmente los síntomas desaparecen al cabo de unos días y no forman parte de una depresión.

La depresión es una exageración persistente de la tristeza habitual. La depresión es una enfermedad grave que puede durar semanas o meses y afectar la mente y el cuerpo. La tristeza, el malestar, el letargo y la irritabilidad mórbidos subjetivos son síntomas de desesperación y fatiga. No refleja debilidad personal, ni es una condición que se pueda desechar a voluntad. (Arraras, 2019)

Muchas personas que padecen una depresión no pueden manifestar de un momento a otro estoy mal y me voy a poner bien en corto tiempo, porque es muy diferente vivir como con presión y mayor intensidad. La depresión puede aparecer sin ningún desencadenante y puede conllevar un riesgo para la vida. No hay ningún síntoma que diferencie claramente la depresión de los estados de ánimos bajos, ya que los síntomas son similares en ambos casos, aunque generalmente en la depresión los síntomas son de mayor intensidad y duración.

Depresión viene del latín depresión: cataclismo. El interno se siente vencido, con muchos malestares sobre su existencia. Si bien es cierto la depresión también es como el síndrome en que interactúan varias modalidades que afectan el cerebro del individuo, por ejemplo: afectiva, conductual, somática y cognitiva y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. La depresión es uno de los problemas serios de salud mental que enfrenta la sociedad hoy en día.

La gente cree erróneamente que la depresión es normal en adultos mayores, adolescentes, mujeres, mujeres menopáusicas, nuevas madres o personas con enfermedades crónicas. Pero es un malentendido que la depresión nos afecta independientemente de la edad, el sexo o las circunstancias de la vida (Correa, 2021)

La depresión no es solo un sentimiento de uno mismo, es un sentimiento de estar solo, sin otras opciones, como aislarse de cualquier persona para consolarse o ayudarse,

y aunque la mayoría de las personas se sienten tristes de vez en cuando, esta depresión desaparece para siempre. algunas personas con el tiempo porque tiene más rutinas cambiantes y en otros casos se vuelven tan monótonas que en lugar de mejorar la salud se quedan estancadas en ella e incluso pueden llegar al suicidio.

Síntomas de la depresión

Según (Piñar, 2020) Existen varios síntomas de depresión que pueden ocurrir en cualquier persona de los cuales son los siguientes: animo bajo, tristeza o sentimientos de desesperanza; Irritabilidad (enfadarse fácilmente); Quiere llorar sin razón; poca energía o cansancio; problemas para dormir; cambios en el apetito, que a veces provocan fluctuaciones de peso; dificultad para concentrarse o problemas de memoria; pérdida de interés sexual; sentimientos de inutilidad o culpa; pensamientos negativos, exceso de críticas al ego y deseos de muerte o pensamientos suicidas.

Causa de la depresión

Según (Hernández, 2021) Diferentes eventos pueden desencadenar la depresión en diferentes personas. A veces, la depresión se desarrolla sin razón aparente. Algunas condiciones que aumentan el riesgo de depresión son:

Historia previa de depresión; antecedentes familiares de personas con depresión; experiencias de pérdida o estrés, incluida la muerte de un ser querido, pérdida de trabajo, mal humor la mayor parte del día y deterioro de la salud; pérdida de peso sin dieta y disminución del apetito y aumento significativo, narcolepsia casi diaria con insomnio masivo, agitación casi diaria o retraso psicomotor.

También pueden ser causados por ciertos medicamentos; el consumo de alcohol u otras drogas puede empeorar la depresión; algunas mujeres pueden ser más propensas a desarrollar depresión posparto, especialmente si tienen alguno de los factores de riesgo mencionados anteriormente; Las experiencias positivas, como con una pareja. Las relaciones cercanas con amigos, familiares o compañeros a menudo ayudan a prevenir la depresión.

Tipos de depresión

Algunas personas solo tienen un episodio de depresión mayor en su vida. Pero aproximadamente la mitad de las personas que han tenido un episodio de depresión tendrán al menos un episodio más. La duración de un episodio depresivo varía, pero la mayoría de las personas se sienten mejor después de 4 a 6 meses. En algunos casos, los síntomas duran más (la depresión que dura 2 años o más se llama depresión crónica).

La gravedad de la depresión varía mucho. Algunas personas tienen solo unos pocos síntomas que afectan parcialmente su vida diaria o limitan su vida diaria solo de ciertas maneras. Esto se llama depresión leve. Otros pueden tener múltiples síntomas que resultan en un deterioro o discapacidad generalizada; en este caso, la depresión se clasifica en moderada o severa (Piñar, 2020).

En muchos casos, la depresión tiene varias causas diferentes y se cree que estas pueden ser genéticas. Para los niños, pueden influir en el comportamiento de sus padres porque son como esponjas y absorben todo, por eso es muy importante crear un ambiente satisfactorio con estímulos positivos, así, aunque haya un ambiente deprimente, no les afectará negativamente. Pero también puede ser causado por pérdidas emocionales muy profundas.

Consecuencias de depresión

Cuando una persona sufre de depresión, no comparte sus pensamientos por algún tipo de tristeza, en lugar de estar siempre funcional, deprimida, suicida o incluso desintoxicándose porque entra en un submundo de drogas que trastorna la vida diaria y las expresiones y expresiones normales. provoca angustia a la persona con el trastorno y a quienes la cuidan (Moreso, 2019).

Algunas personas nunca buscan tratamiento. La dificultad para concentrarse o pensar es una forma de indecisión que afecta en gran medida su capacidad para resolver problemas. El primer paso para diagnosticar el trastorno depresivo mayor requiere la presencia de al menos 5 síntomas al mismo tiempo. Muchas personas luchan sin ayuda. En algunos casos, caer en depresión puede llevar incluso a la (Arraras, 2019).

La depresión es diferente de los cambios de humor normales, algunas reacciones emocionales temporales que causan problemas en la vida cotidiana. Lucha por cambiar tu estilo de vida. En muchos casos, si la depresión es crónica, puede conducir al suicidio. Y también lo hacen estos factores, incluidos los genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos.

Enfermedades coexisten con la depresión

La ansiedad y la depresión a menudo coexisten con otros trastornos. Estos trastornos pueden preceder a la depresión, conducir a la depresión y/o ser una consecuencia de la depresión. Los mecanismos de esta transición entre la depresión y otros trastornos pueden variar de una persona a otra y de una situación a otra. Sin embargo, estas otras comorbilidades deben ser diagnosticadas y tratadas.

Si tiene mucha ansiedad como TEPT, TOC, trastorno de pánico, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada, tiende a coexistir con la depresión. El abuso de alcohol o drogas o la dependencia de otras sustancias también pueden coexistir con la depresión (Juanes, 2019).

La recesión y la depresión causadas por enfermedades los cuales son episodios de moderados a severos que siempre se presentan con un estado de ánimo, energía y actividad bajos, así como una capacidad reducida para llevarse bien con todos los que lo rodean. Si tiene varios de estos síntomas, a menudo no puede vivir una buena vida y hacer frente a sus problemas.

Hay factores que nos hacen más susceptibles a la depresión, como ciertos genes, personalidad, estilos de pensamiento, género femenino, enfermedades crónicas y algunas circunstancias de la vida, como la disfunción familiar, la pérdida de un ser querido, la ruptura matrimonial y los problemas económicos. Para las personas susceptibles, los eventos estresantes, la presencia de enfermedades físicas y el uso de ciertos medicamentos pueden conducir al abuso de drogas y alcohol, lo que dificulta la recuperación.

Salud Mental

La salud mental se refiere a su sensación general de bienestar, cómo piensa, regula sus emociones y se comporta. A veces, las personas experimentan una discapacidad mental grave. Los trastornos mentales pueden ocurrir cuando los patrones o los cambios en el pensamiento, los sentimientos o el comportamiento causan molestias o afectan la capacidad de funcionamiento de una persona.

Los trastornos mentales pueden afectar su capacidad de ser una persona que puede disfrutar cada momento de la vida sin preocupaciones y esforzarse por tener éxito en la sociedad y participar en actividades importantes de la vida. La salud mental tiene sus propios tratamientos, entre tratamientos en función de la psicopatología y su gravedad. Se prescribe una intervención específica que incluye medicación, psicoterapia, a veces una combinación de las mismas.

La salud mental se define como:

Según la Organización Mundial de la Salud citado por (Galvis, 2019), la salud mental se define como un estado de bienestar; entonces, la salud en general se trata de mantener la salud física cuidándose continuamente con diferentes estrategias y pensamientos de cambio porque si le dice a su cerebro que está enfermo, estará enfermo y no podrá salir de la enfermedad.

La Salud mental es definida como un estado: por ejemplo, en un entorno sociocultural determinado, el estado general de bienestar psicológico y social de un individuo, que se expresa de forma positiva (p. ej., felicidad, satisfacción y comodidad) o negativa (p. ej., ansiedad, estado de ánimo y afecto, estado de ánimo depresivo e insatisfacción).

También es conocida como un proceso en el que se demuestran conductas de afrontamiento: por ejemplo, lucha por la independencia, la autonomía (dos aspectos clave de la salud mental)

Como el resultado de un proceso o una condición crónica causada por una confrontación aguda e intensa con un factor estresante, como el PTSD, o un factor estresante continuo que no necesita ser intenso. Ocurre durante el agotamiento, así como la psicosis, la depresión mayor, el deterioro cognitivo y el abuso de sustancias.

Sin embargo, estos dos últimos generalmente se consideran problemas neurológicos, ya que pueden implicar procesos fisiopatológicos (como la degeneración de la mielina) como consecuencia de un mal afrontamiento o del propio estresor (consumo de alcohol o exposición laboral a disolventes, respectivamente).

La salud mental también puede estar relacionada con:

Características humanas tales como "estilos de afrontamiento": la competencia (incluyendo el afrontamiento efectivo, el afrontamiento situacional y la autoeficacia) y la ambición son características de las personas mentalmente sanas que se interesan por su entorno y se involucran en la estimulación. Según (Cerecero, 2020) La salud mental se puede conceptualizar en términos de elementos, no solo como variables de proceso o resultado, sino también como variables independientes

Importancia de la salud mental

La salud mental es importante ya que permite que las personas hagan frente a momentos que no pensaron pasar en algún momento de su vida, ya sean estos momentos, también son importantes para desarrollar todas las habilidades, para poder aprender nuevas cosas e incluso para realizar trabajos que sean necesarios, además tener una buena salud mental ayuda a que las personas puedan estar bien con la comunidad o sociedad.

Es importancia de la salud mental en las personas mayores, porque es más fácil que las personas se sientan capaces de afrontar todo con optimismo si pueden, sin emociones negativas que puedan aislarles de sus seres o personas queridos. Padecer enfermedades como la depresión, que es común. Por ello, es muy importante que los

familiares traten siempre de mantener la salud mental de los mayores en óptimas condiciones para que puedan disfrutar plenamente de sus últimos años.

Promoción y prevención de la salud mental

La OMS citada por (Ugarte, 2021) afirma que a través de la promoción y prevención de la salud mental es posible identificar ciertos determinantes y estructuras individuales y sociales de la salud mental que, al ser analizados, pueden ser abordados para reducir el riesgo poblacional y aumentar los mecanismos de protección de la salud mental. Abordar estos determinantes requiere acciones en sectores de salud específicos para que los programas de promoción y prevención de la salud mental involucren a los sectores responsables de la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente y la protección social.

La promoción y prevención de la salud mental en el lugar de trabajo es muy importante, y el interés ha crecido con el tiempo a medida que los gerentes se dan cuenta de la necesidad de capacitar a los gerentes para que noten y comprendan a sus empleados. Según (Revista de Psicología UNEMI, 2020), uno de los temas más investigados en este momento es la satisfacción laboral, lo que demuestra el interés por la psicología del trabajo y de las organizaciones, mientras que en los últimos años este tema cobra especial relevancia debido al aumento del desarrollo mental. investigación de enfermedades, cuyo objetivo principal es comprender el fenómeno de la satisfacción o insatisfacción en el trabajo, algo paradójico, todos los métodos

Modelo de la salud mental

Los factores de riesgo ambientales para la (mala) salud mental a menudo provocan efectos a corto plazo, como cambios de humor y efectos como sentimientos de euforia, ansiedad o depresión. Estos cambios suelen ir acompañados de cambios de comportamiento.

Considere la ansiedad, el afrontamiento paliativo (como beber) o la evitación, y conductas positivas de resolución de problemas. Estos efectos y comportamientos suelen ir acompañados de cambios psicológicos que indican un estado de alerta y, en ocasiones, una alteración de la homeostasis (Galvis, 2019).

Factores de riesgo que afectan la salud mental.

Según lo descrito por (Zamora, 2019) La precariedad e inseguridad laboral son reconocidas actualmente como dos de los riesgos psicosociales más importantes a nivel mundial, lo que puede conducir a un estrés constante provocado por el miedo a perder el empleo, derivado de la necesidad de controlar el desequilibrio entre competencias,

habilidades y conocimientos necesarios entre necesidades y quiere. El estrés de hacer el trabajo puede conducir a una serie de enfermedades mentales. Entre los factores de riesgos que existen, los cuales son capaces de alterar la salud mental tenemos los:

Factores individuales: Son recursos propios que las personas desarrollan a lo largo de su vida, por ejemplo; capacidad para lidiar con emociones y pensamientos, o su tipo de personalidad, incluidos sus rasgos.

Factores socioculturales y organizacionales: Esto se da en el ambiente laboral, como la sobrecarga de trabajo, las condiciones laborales, el clima laboral y las políticas de salud mental que existen en las empresas de cada país.

Factores biológicos: son condiciones biológicas que afectan la fisiología humana, como genes heredados, deficiencias nutricionales o exposición a metales pesados.

Factores Ambientales: Se consideran factores naturales o acciones que pueden cambiar componentes naturales como los contaminantes.

Principales problemas de la salud mental

Cubren una amplia gama de trastornos mentales, pero los problemas de salud mental comparten algunas características comunes. Una es que afectan la personalidad, las interacciones sociales y los procesos de pensamiento de una persona. Por otro lado, en algunos casos, es difícil diagnosticar la enfermedad de forma rápida y definitiva en comparación con las enfermedades físicas visibles habituales.

Los síntomas de los trastornos mentales pueden superponerse, lo que significa que pueden aparecer muchos síntomas al mismo tiempo, lo que a menudo dificulta el diagnóstico. Los trastornos más comunes son: ansiedad, trastorno bipolar, depresión y trastorno de identidad disociativo.

Salud mental en el adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud evalúa la salud de las personas mayores por su movilidad, no por su estado en términos de pobreza, enfermedad o discapacidad. La calidad de vida de los adultos mayores está íntimamente relacionada con sus funciones físicas. Las condiciones funcionales que combinan el autocuidado, la vida familiar y el tiempo social han sido objeto de numerosos estudios porque

Son muy importantes. Las actividades diarias de una persona pueden ayudar a controlar la enfermedad. Si una persona no puede vivir normalmente, la enfermedad no se puede controlar. El paciente debe ser capaz de funcionar en su entorno y sistemas sociales.

Las personas mayores a menudo enfrentan problemas de salud mental. Según numerosos estudios epidemiológicos en todo el mundo, hasta el 20% de las personas mayores sufren y reportan síntomas de problemas de salud mental en algún momento de sus vidas. Los problemas de versión más graves pueden ser causados por problemas psicológicos, por lo que se consideran más importantes que los problemas de salud física. Por otro lado, los problemas de salud mental no diagnosticados o no tratados aumentan la dependencia y el uso de los recursos sanitarios.

Entre las enfermedades que pueden padecer los adultos mayores se encuentran la psicosis, los trastornos de ansiedad y afectivos, la soledad, la depresión y los trastornos del sueño, las enfermedades físicas también provocan problemas de conducta o de sueño para muchos adultos (Zamora, 2019). Los adultos mayores se benefician de las relaciones cercanas y de estar en un entorno social de apoyo, pero experimentan angustia cuando estos lazos se rompen.

También pueden tener problemas de confusión o deterioro cognitivo. Las personas mayores y la salud mental La OPS (2012) citado por (Ugarte, 2021) explica que existen muchos vínculos entre las personas mayores y su salud mental. Su calidad de vida se ve afectada por cómo perciben su salud y la salud mental, el bienestar y la calidad de vida de toda la población, y son cada vez más importantes como fuente clave de productividad, aprendizaje, inclusión social y salud.

La autoestima ha surgido como un buen indicador de salud para los adultos mayores, y muchos factores influyen psicológicamente en esta población a lo largo del tiempo (Galvis, 2019). La salud mental de las personas mayores juega un papel importante en su calidad de vida.

La autosuficiencia en áreas como el espíritu empresarial, la salud emocional y mental juega un papel importante en la determinación de la calidad de vida de las personas mayores. Cabe señalar que es difícil detectar el deterioro mental en las personas mayores porque afecta funciones cerebrales superiores: atención, percepción, inteligencia, memoria de trabajo, función ejecutiva.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recopilación de información concerniente en este estudio de caso, y de tal forma permitir alcanzar el diagnóstico adecuado, se empleó la metodología cualitativa, misma que posibilita comprender las características elementales de la problemática que está ocasionando pesadumbre a nivel mental en el individuo investigado. Así mismo posterior a alcanzar los indicadores de los elementos teóricos y entablado el esquema de estudio se corresponde a indicar las técnicas utilizadas para la recolección de información aquellas que se definen a continuación:

1. Método

Se adoptó el método cualitativo dentro de esta investigación, siendo este estudio de caso analizado con datos congruentes que aporten de manera significativa al tema tratado. En cuanto a las técnicas usadas son de pertenencia al método clínico psicológico, usando a la entrevista semiestructurada como inicio en las intervenciones con el paciente, además del empleo de la Historia Clínica, Baterías psicométricas las cuales contribuyeron con el análisis de las hipótesis.

2. Observación clínica

Por medio del instrumento guía se ejecuta las anotaciones pertinentes al caso, sobre los acontecimientos perpetuados en el medio que se visualiza al adulto mayor, además de las exteriorizaciones objetivas que ocurren con el paciente. En el instante que se interviene con el adulto mayor se puede constatar las siguientes conductas: Inseguridad, preocupación excesiva, poca energía, tristeza, vista irritada y enrojecida debido a la falta de sueño, disminución de la libido, disminución de la concentración. Encuanto al primer acercamiento con el paciente se evidencia el nerviosismo al hablar y preocupación por todo el proceso en sí.

3. Entrevista semiestructurada

En cuanto a la entrevista realizada al paciente se empleó este tipo de entrevista por su ventaja a la hora de recoger datos cruciales sobre el paciente, por su flexibilidad a su vez la ejecución de directrices permite sondear temas significativos en este estudio de caso, la indagación con el paciente fue de 40 minutos con intensidad baja con esto se logra que el adulto mayor no se estrese y coopere en el discurso libre. A continuación, se muestra los instrumentos empleados para el diagnóstico del trastorno y su intervención psicológica:

- **Historia clínica:**

Con ayuda de esta herramienta útil en el campo de la psicología se ejecuta la exploración al paciente teniendo en cuenta las áreas conductuales, cognitiva, y somática, con esta información más detallada se puede obtener datos específicos sobre su niñez, adolescencia, adultez y vejez. Tomando en consideración todos aquellos acontecimientos difíciles del paciente. A través de este seguimiento se constata de los cambios contundentes que ha tenido el adulto mayor por un lapso de 6 meses, la información generada en este documento se mantendrá en privacidad, siendo de uso profesional y en completa disposición por el adulto mayor.

En esta historia clínica se registra el motivo de consulta, la historia del cuadro psicopatológico actual, antecedentes familiares, topología habitacional, historia personal, exploración del estado mental, pruebas psicológicas empleadas, matriz del cuadro psicopatológico, diagnóstico estructural, pronóstico, recomendaciones y el respectivo esquema terapéutico.

- **Baterías psicométricas:**

A través del empleo de las baterías psicométricas idóneas en el caso se aporta en el diagnóstico del adulto mayor, los test fueron realizados con responsabilidad y seleccionados con cautela tomando en consideración los signos y síntomas demostrados por el paciente a continuación, se muestran los test valorados.

➤ **Inventario de Depresión de Beck:**

Esta batería psicométrica de confiabilidad fue diseñada con 21 ítems, los cuales fueron esquematizados para valorar la depresión en adolescentes y adultos. Este cuestionario fue respondido por el paciente en un tiempo estimado de 15 minutos.

➤ **Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica:**

Este instrumento es empleado para detectar la de depresión y su grado , la cual consta de 30 ítems en la cuales se contesta con SI o No, para ello se le explica de manera detallada al paciente las normas a seguir para su aplicación, en la observación durante la aplicación del test se pudo evidenciar algo de confusión al leer las preguntas, posterior a las preguntas que no eran comprendidas se le explico para que el paciente pudiese responder, a diferencia del test anterior en esta batería psicológica se realizó en 10 minutos

RESULTADOS OBTENIDOS

Paciente adulto mayor, edad 77 años, sexo masculino, nacionalidad ecuatoriana, su domicilio ubicado en la parroquia San Carlos, el cual solicita por voluntad propia la intervención a causa de problemas de depresión presentados en los últimos 6 meses. En esta mediación con el paciente se emplea la Historia Clínica, entrevistas con el adulto mayor y el empleo de baterías psicométricas en cada una de las sesiones tales como: Inventario de Depresión de Beck, Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica, por medio de los cuales se descubrió datos importantes y necesarios para el correcto diagnóstico con su respectiva verificación en el DSM-5.

En cuanto a cada una de las sesiones ejecutadas con el adulto mayor, se llevó un registro de las observaciones que se distinguían en aquel instante, por ende, a continuación, se relata las sesiones ejecutadas con el paciente de 77 años de edad de la parroquia San Carlos.

Entrevista Semiestructurada:

La primera sesión con el paciente fue llevada a cabo en el domicilio del adulto mayor, quien viste con ropa informal, en las observaciones físicas nos damos cuenta que es de contextura delgada, estatura media, demuestra cuidado en su aseo personal, además se puede percibir que su mirada es esquiva, el paciente se pone algo tenso con el pasar de la entrevista, mantiene espasmos en sus manos, decaimiento y poco esfuerzo para contestar las preguntas.

Luego de realizar la exploración de inicio con el paciente, se procede al uso del rapport dando fin a su nerviosismo y la poca cooperación con la entrevista, entonces se logra tener una conexión de empatía con el paciente con el fin de obtener información detallada sobre sus dificultades a nivel mental, con el paso de los minutos el paciente relata que la mayoría del tiempo “se siente solo e inservible”, además menciona que “perdió las ganas de hacer sus cosas diarias”, haciendo referencia a su rutina diaria, la cual consistía en salir al pasamano de su hogar y conversar con sus familiares, ver televisión por las noches (las noticias) en específico, escuchar música en su radio, de un momento a otro su actitud cambió, entonces decidimos acceder a un descanso entre los 5 y 10 minutos, con ello el adulto mayor no se sintiera presionado al dar información sobre su sintomatología y continuar con la entrevista.

Posterior a los 11 minutos se retomó de manera más tranquila la entrevista, el paciente dice “no me gusta ser la carga de nadie, mis hijos no se preocupan mucho por mí.

Los días son tristes para mí y a veces pienso en lo peor, porque no puedo sentirme útil en esta casa”. Luego de su narración en cuanto a sus emociones el paciente menciona que “quiere sentirse mejor y ya no estar triste”. Dice sentirse triste a raíz del fallecimiento de su esposa, con quien llevo un matrimonio de 50 años, madre de sus hijos, su muerte ocasiono que el paciente muestre síntomas afectivos negativos, así como insomnio, pensamientos negativos, desesperanza y tristeza. Después de la entrevista se llega a la conclusión de que el motivo de la consulta es el riesgo de pérdida funcional y de incapacidad.

Su Historia Clínica es aproximada con la información brindada por el paciente, la cual se mantendrá bajo privacidad, haciendo uso de la ética como futura profesional de la salud mental, sin exposición a sus familiares o allegados. En cuanto a los datos de su núcleo familiar nos menciona que es procedente de una familia conformada actualmente por sus dos hijos, una hija y 4 nietos, quienes conviven con él entre semana de manera alternada, no existe alguna novedad en cuanto a los antecedentes patológicos de la familia, su escolaridad es la primaria, en las relaciones sociales y el comportamiento se evidencia problemas para relacionares con su entorno social, así como el incremento del uso de los servicios de salud, debido al deterioro a nivel físico y cognitivo.

Luego de conocer su historia clínica se le presenta al paciente las baterías psicométricas que se le realizara las cuales son mencionadas a continuación: Inventario de Depresión de Beck, Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica, estas dos baterías se las empleo en diferentes días para que el adulto mayor no se sintiera presionado o agotado mentalmente, el proceso de la aplicación es detallada a continuación:

Inventario de Depresión de Beck:

Para empezar con el test a realizar se le entrega al paciente sus herramientas: cuestionario, lápiz, borrador y sacapunta. Subsiguiente a ello se le detalla las normas para el uso de esta batería psicométrica, el adulto mayor tendrá que contestar 21 preguntas que están enfocadas en evaluar la gravedad del cuadro depresivo del paciente, las preguntas deben ser contestadas con la mayor sinceridad y seriedad del caso, arroja como puntaje total la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems del cuestionario. Al momento de responder las preguntas se visualiza al paciente atento a las preguntas, inquieto al momento de responderlas, mueve las manos de manera persistente, truena sus dedos y frunce el ceño. Las dos primeras preguntas fueron omitidas por el paciente las cuales las respondió luego de responder el ítem número 10, su tiempo de realización fue de 15 minutos. Al finalizar la

batería psicométrica se analizaron los ítems respondidos y obtuvo como resultado en dicha prueba: - Depresión moderada 22 puntos.

Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica:

Este instrumento es utilizado para el tamizaje de depresión, la cual consta de 30 preguntas en las cuales se responde con SI o No, para ello se le explica de manera detallada al paciente las normas a seguir para su aplicación, en la observación durante la aplicación del test se pudo evidenciar algo de confusión al leer las preguntas, posterior a las preguntas que no eran comprendidas se le explico para que el paciente pudiese responder, a diferencia del test anterior en esta batería psicológica se realizó en 10 minutos sin interrupciones, la actitud del adulto mayor en esta valoración fue de cooperación e interés, al finalizar las 30 preguntas se realizó el análisis de las mismas en donde arroja como resultado : - Depresión establecida 18 puntos.

Con el estudio de la entrevista psicológica, la historia clínica, las baterías psicométricas, y la observación como técnica para la recopilación de datos esenciales en este estudio de caso se comprende que el paciente de 77 años de edad, se considera como diagnóstico:

- 296.22 (F32.1) Trastorno Depresivo con episodio único moderado.

Primera, segunda y tercera sesión con el Paciente:

Se dio por iniciada las sesiones terapéuticas con el adulto mayor de 77 años a quien se le realizó una breve retroalimentación sobre las antiguas sesiones, antes de iniciar con las respectivas técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual se comienza con la Psicoeducación al paciente, para su comprensión y consentimiento del diagnóstico derivado a través de los instrumentos anteriormente utilizados y el análisis con el DSM-5. Se le da a conocer al paciente la terapia que será utilizada para su mejoría en cuanto a nivel psicológico.

La T.C.C está enfocada en la asistencia de la depresión, ansiedad, entre otros trastornos relevantes. Además, se le informa al paciente que en el transcurso de las sesiones podrá notar evolución a nivel cognitivo y conductual, ya que esta terapia a corto plazo fue diseñada para que el paciente pueda cambiar sus pensamientos, emociones y conducta. Luego de realizar la explicación de lo que es la

Cuarta y Quinta Sesión con el Paciente:

En el domicilio del adulto mayor se ejecuta las sesiones posteriores a la retroalimentación con el adulto mayor y la exposición del tema en Psicoeducación, se interviene con Elicitación y evaluación de pensamiento, el cual tiene como objetivo principal la transformación de creencias falsas por pensamientos alternativos funcionales, ya que se encontró: falacia de recompensa, falacia de cambio y Culpabilidad divina mediante la valoración psicológica al paciente. En esta sesión se incentiva al adulto mayor en cuanto a los beneficios que tiene la Terapia, para que no se desmotive con el pasar de los días y su cuadro depresivo vaya evolucionando y mejorando también su salud física. Posterior a la sesión terapéutica se pacta la fecha y hora de la siguiente sesión.

Sexta sesión con el Paciente:

En el domicilio de la hija mayor del paciente se ejecuta la sesión terapéutica con la técnica Diferenciando Eventos, Pensamientos y Sentimientos. Esta técnica tiene como objetivo reconocer las dificultades diarias desde otra perspectiva, ya que el adulto mayor muestra baja autoestima y poca resiliencia. Mediante esta técnica se le enseña al paciente como manejar sus pensamientos de manera asertiva en donde sea el quien se beneficie de dicha acción, por medio de la inclusión con el resto de personas, desechando aquellos pensamientos negativos sobre sí mismo o sobre el resto.

Séptima Sesión con el Paciente:

En el domicilio del paciente se realizó la última sesión acordada con la técnica conocida como Descenso Vertical la cual tiene como objetivo la exposición de miedos del paciente, uno de ellos es la confrontación con sus emociones de la actualidad hacia sus familiares, por ello el paciente busca asilarse y reprimir ciertas emociones para no preocupar a los suyos, sin embargo, con esta técnica se busca que el adulto mayor logre salir de su zona de confort y sentirse pleno con su entorno. Por medio de cada una de las técnicas para la recopilación de información se evidencia el cuadro sindrómico del paciente:

Función	Signos y Síntomas	Síndrome
Cognitivo	Preocupaciones excesivas Distorsión en sus ideas.	Trastorno depresivo moderado
Afectivo	Irritabilidad, tristeza,	
Conducta social – escolar	Aislamiento, productividad disminuida, falta de iniciativa.	
Somática	Pérdida de apetito, insomnio, poca energía,	

Posterior a la demostración de los signos y síntomas que presenta el paciente se pone a consideración el Plan Psicoterapéutico enfocado en las exigencias que amerita el adulto mayor para el beneficio de su salud mental, este enfoque es fundamentado en la T.C.C (Terapia Cognitivo Conductual).

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	N^a de sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Cognitivo Preocupaciones excesivas Distorsión en sus ideas.	Incrementar y aceptar los conocimientos sobre la salud mental	Psicoeducación	3	16-09-2022 19-09-2023 23-09-2022	Comprensión sobre la terapia y sus beneficios
Afectivo Irritabilidad, tristeza, llanto	Cambiar los pensamientos negativos por positivos	Elicitación y Evaluación de pensamiento	2	26-09-2022 29-09-2022	Incremento de las habilidades sociales
Conducta Social-escolar Aislamiento, productividad disminuida, falta de iniciativa	Promover una modificación en las creencias	Buscando Variación en Pensamiento Específico	1	07-10-2022	Incremento de energía en las actividades diarias
Somático Pérdida de apetito, insomnio, poca energía	Exhibición de los miedos internos	Descenso Vertical	1	13-10-2022	Sentimiento de esperanza

Nota: Tabla elaborada por Ginger Arias a partir de los resultados obtenidos de las sesiones e instrumentos aplicados

CONCLUSIONES

En concordancia al estudio de caso se utilizó la participación clínica del adulto mayor de 77 años de edad de la parroquia San Carlos, a quien se le evaluó psicológicamente a través del uso de las técnicas e instrumentos los cuales aportaron en el diagnóstico. Por ello posterior a la valoración psicológica, las hipótesis, el motivo de consulta, los métodos para la recolección de información y la guía del DSM-5 se da por sentado la obtención del Trastorno Depresivo con episodio único moderado 296.22 (F32.1).

Para la recolección de los datos fue necesario la guía del objetivo el cual era determinar la depresión en un adulto mayor de 77 años de edad de la parroquia San Carlos, por ende, para lograr cumplir el objetivo planteado en la investigación se usó diversas técnicas tales como: entrevista clínica que utilizamos como instrumento la historia clínica también las pruebas psicométricas acordes a la demanda del paciente.

Para especificar la psicopatología que evidencia el adulto mayor y reconocer valor a la valoración psicológica se utilizó el Test de Depresión de Beck y la Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica. Por otra parte, la investigación documental contribuyó con los conocimientos existentes para la exploración de la sintomatología del paciente. Se constató una correlación entre depresión y nivel de bienestar bajo.

Con esta investigación se pudo detallar que aquellas personas con un nivel de depresión medio presentan baja autoestima, insomnio, tristeza, aislamiento social, y que el adulto mayor no son la excepción, además de que la depresión en adultos mayor llegue al instante en que el individuo tenga ideas suicidas. Dentro de la sintomatología de la depresión en los adultos mayores también se visualiza a nivel cognitivo el deterioro cognitivo, riesgo de cronicidad y también comorbilidad con otros trastornos.

En cuanto a la recopilación de información por medio de la entrevista Semiestructurada se puede mencionar que en este estudio de caso uno de los factores predisponentes en el cuadro depresivo del adulto mayor fue la muerte de su esposa y el poco interés por parte de sus hijos en cuanto a su bienestar.

Después de obtener los resultados se planificó un esquema psicoterapéutico que fuese de utilidad para la salud mental del paciente y su medio, el cual consiste en la terapia cognitiva conductual para poder mejorar la calidad de vida del adulto mayor y así poder

brindarle apoyo en la recuperación de la noción de la realidad en cuanto a si mismo y a su entorno en el presente.

De los resultados obtenidos en el estudio de caso se concluyó que es imprescindible difundir la investigación con otros registros anteriores con la finalidad de mermar la depresión en adultos mayores y mejorar la calidad de vida del mismo y sus familiares.

Es importante indicar que se necesita la ayuda por parte de los familiares para que el plan terapéutico sea un éxito, indicando que en casa se debe poner en práctica todo lo aprendido y además de vigilancia al adulto mayor para evitar que suceda algún inconveniente.

RECOMENDACIONES

Se recomienda buscar apoyo psicológico para el adulto mayor, en cuanto se note los algunos cambios negativos en las últimas semanas tales como falta de apetito, irritabilidad, tristeza, pensamientos negativos, cambios de humor repentinos, inapetencia o cualquier otra característica relacionada con la depresión.

Por esto se recomienda seguir los siguientes consejos dentro del núcleo familiar:

- No aislar al adulto mayor de las actividades diarias
- Asignar metas realistas
- Motivar al adulto mayor a salir de la zona de confort
- Dieta balanceada
- Compartir tiempo de calidad con el adulto mayor
- Prestar atención a sus emociones
- Incluir al adulto mayor en los paseos familiares

Se sugiere seguir efectuando chequeos o estudios en los diferentes centros de atención de salud que permitan conocer más de cerca los problemas físicos y emocionales que presentan en un futuro.

Bibliografía

- Arraras, J. (2019). La percepción de la depresión y de su tratamiento. Mexico: Unidad de Rehabilitación. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v42n1/1137-6627-asisna-42-01-5.pdf>
- Cerecero, D. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. Mexico: Salud Pública de México. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342020000600840&script=sci_arttext
- Correa, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. Honduras: Rev Méd Hondu. Obtenido de <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
- Galvis, Y. T. (2019). Estudio de salud mental. Medellín: UCES. Obtenido de <file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/Salud%20Mental%20Medellin%202019%20-%20CES.pdf>
- Hernández, J. V. (2021). Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? Cali: Revista Médica de Risaralda. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672021000100085
- Juanes, R. G. (2019). Depresion. Peru: Universitat de les Illes Balears. Obtenido de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/666968/trgj1de1.pdf;jsessionid=3E05D6E6695D223D8AC99F978116FF12?sequence=1>
- Moreso, N. V. (2019). La depresión en la adolescencia:. Universidad Rovira i Virgili (URV). Obtenido de njuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/2._la_depresion_en_la_adolescencia_un_problema_enmascarado.pdf
- Piñar, G. (2020). Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. Colombia: Revista Medica Sinergia. Obtenido de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/610>
- Ugarte, O. (2021). Manual de Registro y Codificación de la salud mental. Lima: DGIESP-DSAME. Obtenido de <https://diresamdd.gob.pe/doc/ManualesHis/manualesHIS/Manuales-Actualizados-2021/Manual-de-Salud-Mental-2021-23-02-2021.pdf>
- Zamora, D. (2019). Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental. Bogota: Universidad de los Andes. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2019.v21n2/175-180/es>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA
MODALIDAD PRESENCIAL
ANEXOS



ANEXO A

Observación clínica

FICHA DE OBSERVACION CLINICA

MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

I DATOS GENERALES:

Nombre: C.M.L.M

Sexo: Masculino.

Edad: 77 años.

Lugar y fecha de nacimiento: Quevedo 14 de abril del 1945

Instrucción: Primaria

Tiempo de Observación: 1 hora. **Minutos:** 0

Hora de Inicio: 9am. **Hora final:** 10am

Tipo de Observación: Directa.

Nombre del Observador (a): Ginger Tatiana Arias Cedeño

DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN:

2.1 DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA.

Paciente de contextura corporal delgada, mestizo, de 1.54 metros de estatura aproximadamente, de test canela denota en la consulta aspecto personal un poco descuidado, Al momento de ingresar lo hace de manera calmada vestía con un jean azul, camisa color negra su expresión facial demuestra serenidad.

2.2 DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE.

La sesión se llevó a cabo en el domicilio la cual cuenta con un ambiente acogedor para la atención de la paciente.

2.3 DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA

Al iniciar la entrevista se nota al paciente nervioso, se mostró poco comunicativo al inicio tanto que la única forma de dialogar con el fue con preguntas cerradas

COMENTARIO:

Se llevará a cabo 6 sesiones, con duración de una hora y se aplicará 2 test psicométricos, como Inventario de Depresión de Beck, Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica

ANEXO B

Entrevista Semiestructurada





ANEXO C

Historia Clínica

HISTORIA CLÍNICA

HC. # 4

Fecha: 14/09/2022

1. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre: C.M.L.M

Edad: 77 años

Lugar y fecha de nacimiento: Quevedo 14 de abril del 1945 Género: Masculino

Estado civil: Soltero Religión: católica Instrucción: Primaria

Ocupación: Ninguna Dirección: San Carlos

Remitente: G.T.A.C

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 77 años es remitido a consulta psicológica por parte de la tutora que labora en el centro gerontológico, la misma que refiere lo siguiente acerca del paciente "lo noto distraído y triste la mayor parte de los días, además no quiere comer y su peso a disminuido, en las pocas ocasiones que ha mostrado interés en platicar, su único tema de conversación es acerca de sus hijos". Una vez en la entrevista con el paciente se mostró poco comunicativo al inicio tanto que la única forma de dialogar con el fue con preguntas cerradas, es así que con respecto a las razones por las que estaba en consulta expreso "yo me siento bien, aunque mi niña a veces me pongo a pensar en mis hijos que me han abandonado, y me entristezco, pero no importa esto pasa cuando los hijos crecen y se olvidando sus padres ". El paciente llora y se muestra más comunicativo, en tiempos tan difíciles de pandemia ellos deberían estar conmigo, pero ni siquiera me visitan, ya son 2 años en este hermoso proyecto, solo paso durmiendo y no tengo energía para nada, aunque mi tutora me invita al centro cuando hay alguna actividad no voy solo espero que ella me haga la visita, yo solo quiero descansar y he llegado a pensar que ya no tengo razones para vivir, aquí me voy a morir solo".

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO ACTUAL

El inicio del malestar se ha hecho notorio según la tutora desde hace tres meses, donde el paciente presenta sintomatologías como estado de ánimo deprimido todos los días, desmotivación, cansancio, fatiga y desconcentración, además lleva 1 mes con pérdida de apetito y sin poder conciliar el sueño. Además, la relación con su familia nunca fue buena, pero sus hijos la llamaban y ahora no lo hacen desde alrededor de mucho tiempo. El paciente también presenta ideas de muerte, puesto que en su relato dice "yo solo quiero descansar, siento que ya no tengo razones para vivir, prefiero estar descansando a vivir así, igual aquí me voy a morir solo".

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

a. Genograma (Composición y dinámica familiar).



b. Tipo de familia.

Familia extensa.

c. Antecedentes psicopatológicos familiares

Familia del paciente no presentan antecedentes familiares

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

Paciente no brindo datos de la vivienda

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

El paciente es el segundo hijo, de tres hermanos, su madre se embarazó de ella muy joven aproximadamente a los 17 años de edad, dicho embarazo no fue deseado, relató el paciente, debido a que su madre quería separarse de su padre, la madre no tuvo complicaciones durante el embarazo. Nació sano y lactó del pecho hasta el año de edad, su primera palabra no la recordó cuando la empezó a decir, ni cuando controló sus esfínteres y desarrolló sus funciones de autonomía. En lo que respecta a enfermedades no sufrió de ninguna afección médica.

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

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

6.3. HISTORIA LABORAL

Paciente manifiesta que trabajó a lo largo de su vida en el campo, dedicado única y exclusivamente a la agricultura.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

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

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

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

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

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

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

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

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

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



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA
MODALIDAD PRESENCIAL



6.1. HISTORIA MÉDICA

Ninguna

6.2. HISTORIA LEGAL

Manifestó que no tiene historia legal.

6.3. PROYECTO DE VIDA

No tiene proyectos de vida.

1. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA

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

7.2. ORIENTACIÓN

El paciente muestra una orientación auto psíquica sin alteración, puesto que se encontraba orientada en lugar, tiempo y espacio.

7.3. ATENCION

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

7.4. MEMORIA

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

7.5. INTELIGENCIA

El paciente denota una inteligencia dentro del rango promedio.

7.6. PENSAMIENTO

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

7.7. LENGUAJE

Paciente no presenta alteraciones del lenguaje, mantiene buena fluidez.



7.8. PSICOMOTRICIDAD

Paciente presenta inhibición motora

7.9. SENSOPERCEPCION

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

7.10. AFECTIVIDAD

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

7.11. JUICIO DE REALIDAD

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

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

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

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

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

2. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

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

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

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

Función	Signos y Síntomas	Síndrome
Cognitivo	Preocupaciones excesivas Distorsión en sus ideas.	Trastorno depresivo moderado
Afectivo	Irritabilidad, tristeza, llanto	
Conducta social – escolar	Aislamiento, productividad disminuida, falta de iniciativa.	
Somática	Pérdida de apetito, insomnio, poca energía,	

9.1. Factores predisponentes:

- Factores genéticos
- Ser asilada en el centro gerontológico

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

9.3. Tiempo de evolución: 3 meses

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Episodio Depresivo Moderado

DSM-5 296.22

CIE-10 F32.1

11. PRONÓSTICO

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

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	N° de sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Cognitivo Preocupaciones excesivas Distorsión en sus ideas.	Incrementar y aceptar los conocimientos sobre la salud mental	Psicoeducación	3	16-09-2022 19-09-2023 23-09-2022	Comprensión sobre la terapia y sus beneficios
Afectivo Irritabilidad, tristeza, llanto	Cambiar los pensamientos negativos por positivos	Elicitación y Evaluación de pensamiento	2	26-09-2022 29-09-2022	Incremento de las habilidades sociales
Conducta Social-escolar Aislamiento, productividad disminuida, falta de iniciativa	Promover una modificación en las creencias	Buscando Variación en Pensamiento Especifico	1	07-10-2022	Incremento de energía en las actividades diarias
Somático Pérdida de apetito, insomnio, poca energía	Exhibición de los miedos internos	Descenso Vertical	1	13-10-2022	Sentimiento de esperanza



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA
MODALIDAD PRESENCIAL



ANEXO D

Inventario de Depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: C. M. L. M. Estado Civil: Soltero Edad: 27 Sexo: Masculino
Ocupación: Maquero Educación: Primaria Fecha:

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 de mi futuro.
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
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

- 0 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 gusto 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

- 0 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

- 0 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
CARRERA DE PSICOLOGIA
MODALIDAD PRESENCIAL



- 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 mí 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.
- 1ª. 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
- 3ª. 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.
- 1ª. 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
- 3ª. 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.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA
MODALIDAD PRESENCIAL



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:

22



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGIA
MODALIDAD PRESENCIAL



ANEXO E

Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage

Instrumento

Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (GDS)

Por favor escoja la respuesta de acuerdo a como se ha sentido durante las últimas semana

¿En el fondo está satisfecho con su vida?	SI	NO*
¿Ha abandonado muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI*	NO
¿Siente que su vida está vacía?	SI*	NO
¿Se aburre con frecuencia?	SI*	NO
¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO*
¿Le preocupan ideas que no pueda quitar de su cabeza?	SI*	NO
¿Se encuentra de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO*
¿Teme que algo malo pueda sucederle?	SI*	NO
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO*
¿Se siente desamparado con frecuencia?	SI*	NO
¿Con frecuencia se siente desvelado y nervioso?	SI*	NO
¿Prefiere quedarse en casa a salir y realizar cosas nuevas?	SI*	NO
¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	SI*	NO
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que las demás personas?	SI*	NO
¿Piensa que es bueno estar vivo hoy?	SI	NO*
¿Se siente triste y desanimado con frecuencia?	SI*	NO
¿Se siente inútil en su estado actual?	SI*	NO
¿Se preocupa mucho por el pasado?	SI*	NO
¿Le parece que la vida es algo apasionante?	SI	NO*
¿Le cuesta mucho emprender nuevos proyectos?	SI*	NO
¿Se siente con energías?	SI	NO*
¿Piensa que su situación no tiene arreglo?	SI*	NO
¿Piensa que la mayor parte de la gente está mejor que usted?	SI*	NO
¿Se disgusta con frecuencia por cosas sin importancia?	SI*	NO
¿Siente ganas de llorar frecuentemente?	SI*	NO
¿Tiene dificultad para concentrarse?	SI*	NO
¿Disfruta al levantarse de mañana?	SI	NO*
¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	SI*	NO
¿Le resulta fácil tomar decisiones?	SI	NO*
¿Siente su mente tan despejada como antes?	SI*	NO

Puntuación: 18