



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:

**ABANDONO FAMILIAR Y SU REPERCUSIÓN EN EL ESTADO EMOCIONAL DE
UN ADULTO DE 70 AÑOS EN LA PARROQUIA SAN CARLOS**

AUTOR:

LEMA CHELE LISSETE SOLANGE

TUTOR:

MSC. AMAIQUEMA MÁRQUEZ FRANCISCO ALEJANDRO

BABAHOYO - 2023



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



AGRADECIMIENTO

Para comenzar, agradezco a mi Dios por siempre llevarme con bien y estar en guiando mis pasos día a día, a mis padres y familiares por su ayuda brindada gracias a eso fue posible realizar mis estudios deseados con lo que obtuve como resultado el haber terminado esta gran etapa de mi vida, la cual no ha sido sencilla ya que hubo muchos obstáculos.

De igual manera les agradezco a mis docentes por sus conocimientos impartidos por parte de ellos hacia mí, y en especial un profundo agradecimiento a la MSC. NATHALY MENDOZA gracias a por su paciencia y sus sabios consejos brindado fue una excelente guía para todos cualquiera no hace lo que usted hizo por nosotros eternamente gracias.

También quiero agradecerles a mis amigas por brindarme su ayuda y apoyo durante este proceso supieron darme ánimos y agradecida siempre con todos.

Lissette Solange Lema Chele



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



DEDICATORIA

Quiero dedicar mis logros y mis metas cumplidas a mis padres, mis hermanas, esposo, amigas y familiares quienes me brindaron su ayuda y gracias a ellos durante este proceso pude culminar con éxito mi estudio universitario la ayuda brindada por parte de ellos fue esencial en este proceso sus ideas y consejos sirvieron de gran importancia en mí.

Estoy infinitamente agradecida con cada uno de ellos por el apoyo brindado en mí y por el logro obtenido durante este proceso.

Lisette Solange Lema Chele



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



RESUMEN

En el presente estudio de caso se proyecta una teoría que ayuda a interpretar la depresión en el adulto mayor para comprender y distinguirlo, también se formulan los aspectos de la familia en el cual, el adulto mayor se desenvuelve y su correlación con su aspecto emocional.

Se despliega temas que evidencian con distintos autores de anteriores proyectos los desequilibrios emocionales en el adulto mayor, elementalmente cuando en ellos se exhibe el abandono familiar, por lo que se refiere cómo esta problemática tiene consecuencias y a su vez el vínculo que existe con la depresión. Se tiene en cuenta la conducta posterior del abandono y la depresión de los adultos mayores finiquitando que se comprueba que la depresión posee relación con el abandono de los adultos mayores.

Subsiguiente se enseña un plan de intervención que posee como objetivo evitar el incremento de la depresión causada por el abandono familiar, de la misma manera se procura brindar al adulto mayor herramientas y formas de confrontar los aspectos del abandono familiar y su correlación con la depresión. El plan terapéutico propuesto para este estudio de caso es el Terapia Cognitiva Conductual, por medio de la cual se logra obtener mejoría en su estado psíquico, con cambios notables en su comportamiento, alcanzando la meta propuesta al inicio de la intervención.



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



ABSTRACT

In the present case study, a theory is projected that helps to interpret depression in the elderly to understand and distinguish it, the aspects of the family in which the elderly develop and their correlation with their emotional aspect are also formulated.

Themes are displayed that show emotional imbalances in the elderly with different authors from previous projects, elementally when family abandonment is exhibited in them, in terms of how this problem has consequences and, in turn, the link that exists with depression. The subsequent behavior of abandonment and depression of the elderly is taken into account, concluding that it is verified that depression is related to the abandonment of the elderly.

Subsequently, an intervention plan is taught whose objective is to avoid the increase in depression caused by family abandonment, in the same way it seeks to provide the elderly with tools and ways to confront aspects of family abandonment and its correlation with depression. The therapeutic plan proposed for this case study is Cognitive Behavioral Therapy, through which it is possible to obtain improvement in their mental state, with notable changes in their behavior, reaching the goal proposed at the beginning of the intervention.

Keywords: abandonment, depression, older adults, CBT, family.

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	- II-
DEDICATORIA	- III-
RESUMEN	- IV-
ABSTRACT	- V-
INDICE GENERAL	- VI-
INTRODUCCIÓN	- 1 -
DESARROLLO	- 2 -
JUSTIFICACIÓN	- 2 -
OBJETIVO GENERAL	- 2 -
SUSTENTOS TEÓRICOS	- 3 -
Rol del adulto mayor en la sociedad.....	- 3 -
El adulto mayor y la familia	- 4 -
Cuidados por parte de la familia.....	- 4 -
Abandono al adulto mayor	- 4 -
Tipos de abandono al adulto mayor	- 5 -
El abandono activo y el abandono pasivo	- 5-
Condiciones del Adulto Mayor abandonado	- 5 -
Consecuencias por abandono.....	- 6 -
Depresión	- 6 -
Depresión en adultos mayores.....	- 6 -
Síntomas	- 7 -
Causas más comunes.....	- 7 -
Factores coligados a la Depresión en el Adulto Mayor.	- 8 -
Factores de Riesgo.....	- 8 -
Comorbilidad	- 9 -
El intervalo entre depresión y demencia.....	- 9 -
Diagnóstico.....	- 10 -
Tratamiento.....	- 10 -
Duración del tratamiento	- 11-
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	- 11 -
RESULTADOS OBTENIDOS	- 13 -
BIBLIOGRAFÍA	- 14 -
ANEXOS	- 15 -

INTRODUCCIÓN

El abandono o también reconocido como negligencia en cuanto a los adultos mayores en el núcleo familiar, siendo un fenómeno que lleva años desencadenando malestar en las sociedades a nivel mundial, al referirnos a este tema se evidencia por distintos medios el aumento de cifras de abandono producto de la decadencia humana de ciertas personas que no reconocen las consecuencias de aquellos actos, este tema ya es considerado como una forma de maltrato humano, donde este tipo de maltrato se está normalizando, dejando secuelas en los adultos mayores.

En la actualidad el trastorno de depresión está ocupando uno de los primeros puestos sobre su frecuencia en adultos mayores, además de ser responsable de una elevada morbimortalidad coligado a otros procedimientos patológicos, que menoscaban el estado físico, psicológico, y funcional del sujeto.

La depresión es interpretada en algunas ocasiones como resistencia al contratiempo pasando inadvertida puesto que se estima un fenómeno particular del envejecimiento y no una patología por lo mismo esto hace que sea difícil de detectarse en el longevo, este es un padecimiento eventualmente tratable, por lo que si no es diagnosticado a tiempo generaría angustia y discapacidad en quien lo padece, disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad.

Dentro del objetivo general del estudio de caso es Identificar los factores que influyen en el abandono por parte de las familias a los adultos mayores y como aquella negligencia afecta al estado emocional en un adulto de 70 años de la parroquia San Carlos. De la misma manera 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.

Las sesiones se llevaron ejecutaron de manera presencial con el uso de técnicas y métodos conforme a la necesidad del longevo. La metodología del estudio de caso está diseñada basada en el enfoque de la investigación mixta, aquella que nos brinda un encuadre superior. Esta investigación busca detallar los niveles de depresión que pueda padecer un adulto mayor vulnerable a raíz del abandono por parte de sus familiares.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

La vejez es una etapa en donde de una u otra manera el individuo es vulnerable ante ciertas injusticias de la vida, por ende, es relevante mencionar la importancia de la presencia de la familia en la vida del adulto mayor, al dar a conocer sobre estos casos que conmocionan a la población en general se puede lograr concientizar la vulnerabilidad física, psicológica y social que viven los adultos mayor en abandono, quienes pueden llegar a padecer trastornos psicológicos, enfermedades crónicas o degenerativas como consecuencia del estilo de vida contraproducente.

Dentro de los beneficios de esta investigación es la adquisición de conocimientos y a su vez la exploración del campo de la psicología con intervenciones presenciales y el beneficiario de este estudio de caso de manera directa es el adulto mayor de 70 años perteneciente a la parroquia San Carlos, siendo una investigación trascendente por la magnitud de las consecuencias que acarrea este tema.

La proyección de este estudio de caso es comprender el efecto que tiene sobre el adulto mayor el abandono y su repercusión en las emociones, el proyecto se manejó de forma asertiva, la cooperación otorgada por el paciente apporto en la investigación para ser completada con éxito y obtener las respuestas a las hipótesis manejadas en el caso.

La importancia de este estudio de caso se debe a que la depresión en el adulto mayor se está transformando en un relevante problema de salud pública. Singularizado por una mayor gravedad, un alto riesgo de suicidio e impedimento a la hora de reconocerla, es una enfermedad que, con todo, puede y debe ser atendida. Por ello en el presente documento se revisan la clínica y el tratamiento psicológico de la depresión en el adulto mayor causado por el abandono familiar.

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar los factores que influyen en el abandono del adulto mayor por parte de las familias y como aquella negligencia afecta en el estado emocional en un adulto de 70 años de la parroquia San Carlos

SUSTENTOS TEÓRICOS

Rol del adulto mayor en la sociedad

El tema del rol del adulto mayor está establecido a las áreas culturales, de la comunidad y en muchos casos religioso, es por esto que en la actualidad se percibe un aumento en la competitividad y la deshumanización, el adulto mayor no se siente en estado de confort ante este ambiente, lo que genera que se aísle, permaneciendo en algunas ocasiones en situación de soledad y tristeza, pues la sociedad es incapaz de proveer los espacios dentro de los cuales el adulto mayor pueda aportar con su experiencia y liderazgo; su opinión no es tomada en cuenta por la nueva generación de jóvenes que se justifica mencionando que los problemas de la actualidad, no se solucionan como antes. (Paola, 2018)

Según Cotrado (2020) menciona que el adulto mayor les otorga importancia a valores esenciales de la humanidad tales como la amistad, el respeto, convivencia y tienen mayor interés en los resultados de sus proyecciones a futuro y que la sociedad muchas veces ha llegado a desvalorizar al adulto mayor creando mitos sobre su comportamiento para excusar el egoísmo ante ellos.

La vejez es la etapa de la vida en el cual el deterioro de las funciones mentales y físicas se hace cada vez más expuesto en confrontación con etapas antiguas.

Las circunstancias psicosocial, física y biológica son los elementales determinantes que señalan las singularidades del colectivo anciano. Una de las primeras etapas viene marcada por el descenso del apoyo socio familiar, la eliminación del estatus tanto social como económico y el abandono social; esta problemática se ve aumentada por la menor capacidad y los menores recursos que el adulto mayor tiene para acostumbrarse a estas nuevas particularidades. La situación física se determina por la frecuente aparición de padecimientos físicas, con la consecuente discapacidad que generan éstas. Finalmente, la circunstancia biológica demuestra como primordiales condicionantes las enfermedades físicas y los fenómenos neurodegenerativos, que permiten conducir a la aparición de cuadros depresivos.

El adulto mayor y la familia

La familia es primordial para el progreso de cualquier individuo, es parte de la identidad del ser y es aquí donde los sujetos comprendemos a comunicarnos con nuestros semejantes, otorgando lazos de afecto, que permanecen a pesar de las transformaciones en la dinámica familiar.

Según Sosa & Teràn (2022) nos dice que algunas de las familias de los adultos mayores no entienden la actitud del mismo, ya que por modelamiento han heredado conductas erradas del cuidado de los adultos mayores, desencadenando muy poca tolerancia ante la conducta de estas personas, lo que genera que el adulto mayor amplifique dificultades emocionales y psico-afectivas, como la depresión o una autoestima baja.

Cuidados por parte de la familia

Los cuidados que brinda el cuidador del adulto mayor se dan de manera voluntaria y sin fines de lucro, es el encargado de dar apoyo moral, social, funcional y económico.

Varias investigaciones han demostrado que la mayoría de las veces quienes prestan estos servicios al adulto mayor es una figura femenina, como el caso de la esposa, hijas o nietas. Y las edades varían entre 40 y 66 años, con bajos niveles de estudio. (Adriana, 2020)

Abandono al adulto mayor

Según Ruiz (2020) menciona que, el abuso en el adulto mayor se ha intentado normalizar especialmente en el ámbito familiar, en la cual se la puede considerar como violencia intrafamiliar, el cual se trataría de una situación de omisión o de maltrato físico, psicológico, sexual o abandono cometido por uno o varios miembros del núcleo familiar.

La prevalencia o índice de casos de abuso a los adultos mayores es difícil de obtener la información precisa debido a varias causas tales como:

- Vergüenza
- Miedo a represalias
- Sentimiento de culpa
- Miedo al cuidador o encargado.

El abandono y la tristeza en el adulto mayor sigue siendo cada vez más patente en una sociedad sumergida en una progresiva competitividad y deshumanización. Se ha encontrado en estudios más recientes cifras de hasta un 20% de la sociedad padece de soledad y abandono social en un ambiente de estrés y violencia, con lo que se ha generado

alteraciones a nivel social y cultural que protegen al núcleo familiar y en particular a los adultos mayores. (Carrillo S, 2019)

Tipos de abandono al adulto mayor

Existe dos clasificaciones para denominar al abandono ejercido en el adulto mayor:

- Abandono Físico

Se denomina abandono físico cuando las necesidades de subsistencia que necesita el adulto Mayor en cuanto a necesidades básicas como alimentación, medicina, aseo personal, cuidados de diferentes índoles no son cubiertas “temporales o permanentemente” por sus familiares o allegados.

- Abandono emocional

Esta clase de abandono trata sobre la carencia de muestras de cariño, poner atención a sus palabras o ideas, demandas, etc. o corporal aquel contacto físico como caricias, abrazos, besos, apretón de mano, los cuales se pueden evidenciar en el estado de ánimo del adulto mayor.

El abandono activo y el abandono pasivo

Abandono activo: este tipo de abandono se realiza con una planificación de mucho tiempo atrás, no se interesa por las necesidades que padece el adulto mayor, no existiría ninguna intención de ayuda,

Abandono pasivo. En este tipo de abandono, es debido a alguna causa en sí, en muchos de los casos es por la falta de tiempo, recursos económicos, habilidades o simplemente la energía para realizarlo.

Condiciones del Adulto Mayor abandonado

El abandono está catalogado por el poco interés de cuidados y desamparo que además estarían siendo acompañados de maltrato físico, psicológico y en ciertas ocasiones sexuales. Aunque el adulto mayor sea consciente del abandono por parte de sus seres queridos prefiere callar y sufrir en silencio esperando lo peor. El abandono es causal de desgaste en la salud del adulto mayor, en cuanto la alimentación, el aseo, la falta de afecto y el tratamiento de enfermedades son casi nulos. A continuación, se muestra las áreas que se ven afectadas en un adulto mayor en situación de abandono y son:

- Personalidad

- Longevidad
- Evolución de enfermedades
- Deterioro Funcional
- Abuso de drogas
- Violencia
- Estrés
- Problemas económicos

Consecuencias por abandono

El abandono del adulto mayor podría darse en el contexto de su familia, comunidad y estado; es originado por una comunicación insuficiente, poca interacción afectiva en combinación con el aislamiento del adulto mayor, no es visto como una persona sino tal vez un objeto permaneciendo en el olvido y con consecuencias que perjudican su bienestar e integridad.

Depresión

Según Botto (2018) nos dice que la depresión es un trastorno del estado de ánimo y de las emociones. Estas emociones normalmente se modifican y sus variaciones son la tristeza y la alegría. Es catalogada como una enfermedad relacionada con la disminución de la serotonina, el cual es un neurotransmisor que se encarga de regular las emociones de bienestar, sueño y energía.

Depresión en adultos mayores

En la mayoría de los casos no se verbalizan aquellos pensamientos y emociones por parte de los adultos mayores, por lo cual los encargados de su cuidado deben tener en consideración las siguientes características ya que podrían ser indicadores que alertaran de que nuestros mayores están comenzando un cuadro depresivo o de ansiedad.

La depresión es, adyacente con la demencia, la afección mental más usual en los adultos mayores. El impacto de este trastorno está siendo cada vez más identificado, aunque, desafortunadamente, se trata aún de una enfermedad que pasa con reiteración inadvertida. Sin embargo, es el encargado no sólo de un sustancial padecimiento para el paciente y su medio, sino también de un aumento en la prevalencia y mala evolución de otras afecciones médicas y, secundariamente, con una clara colisión en el consumo de bienes sanitarios.

Los datos que indica la OMS, en cuanto a la salud mental del conjunto geriátrico, mencionan que el 25% de los adultos mayores demuestran algún tipo de trastorno

psiquiátrico; entre estos trastornos se destaca la depresión como el más usual hasta los 75 años. Sin embargo, la prevalencia de la depresión en este grupo varía grandemente dependiendo de las situaciones en que los adultos mayores se encuentren.

El mayor riesgo de suicidio descubierto en los enfermos con depresión senil, estimado en cuatro ocasiones mayor que en personas deprimidos de menor edad. La alta prevalencia de enfermedad depresiva en los adultos mayores con tentativas suicidas, en equiparación con otras enfermedades, respalda el compromiso de los profesionales de la salud para descubrir la posible existencia de comportamientos y comenzar con un tratamiento riguroso y a la vigilancia observación a cargo de los parientes del enfermo. Componentes que se relacionan con un alto riesgo suicida son: escaso apoyo familiar, mala salud física, alcoholismo mancomunado, sentimiento de culpa, historia de previos intentos suicidas y aparición de anestesia afectiva.

Síntomas

- disminución de interés en actividades que antes hacía.
- Sentimiento de estar insatisfecho/a con la vida que tiene.
- Poca energía.
- Aislamiento.
- Preocupación excesiva por problemas de salud
- Poca concentración

Causas más comunes

- Dolor crónico.
- Fallecimiento del cónyuge o de un familiar.
- Abandono
- Pérdida de su independencia
- Padecimiento físico o psicológicos

Según Miguel (2018) recalca que el paciente deprimido puede perder el interés e incluso la ilusión de vivir, sintiéndose inútil en realizar sus actividades. Junto a la tristeza se manifiesta otra serie de síntomas, tales como alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y modificaciones del pensamiento que dificulta más la vida del paciente deprimido, entorpeciendo en la calidad de la misma.

Factores coligados a la Depresión en el Adulto Mayor.

Factores biológicos: tiene un efecto sistémico y los adultos deprimidos aparentan tener más suspicacia para las enfermedades, puesto que esta patología genera modificaciones neurológicas, hormonales e inmunológicas. Se ha comprobado que la bioquímica del cerebro juega una representación relevante en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores, así, la actividad de la serotonina y su unión a ciertos receptores amenera con el envejecimiento, coadyuvando para la fisiopatología de la depresión.

Factores Psicológicos: Desempeñan un papel en el desarrollo de la depresión incorporan las pérdidas inherentes a la vejez, tales como los de la salud o personas importantes, así como la soledad que perciben los adultos mayores cuando sufren de abandono. Los adultos mayores institucionalizados padecen problemas psicológicos más graves que los que permanecen con sus familias, por la asistencia de factores tanto personales como institucionales que intervienen en su estado de ánimo. Así mismo, los síntomas vinculados con el estado de ánimo depresivo y la gravedad de la enfermedad y varios síntomas no específicos son más usuales en las personas que habitan en lugares para adultos mayores en comparación con los que habitan en la comunidad.

Factores Sociales. Son muchas las causas que conllevan a una persona a deprimirse, dentro de estos factores predisponente encontramos la viudez, relaciones sociales, falta de apoyo familiar, la jubilación, pérdida de estatus económico, dependencia de otras personas, pérdida de autonomía, hacen que el adulto mayor decaiga emocionalmente.

Factores de Riesgo

En el caso de los adultos mayores que tienen depresión por primera vez en el lapso de las últimas etapas de sus vidas otros factores, como los cambios en el cerebro o en el cuerpo, podrían estar en juego. Por ejemplo, los adultos mayores pueden sufrir de disminución del flujo sanguíneo, una condición llamada isquemia. Con el tiempo, los vasos sanguíneos se vuelven menos flexibles y pueden endurecerse e impiden que la sangre fluya con normalidad a los órganos del cuerpo, incluyendo el cerebro. Si esto pasa, un adulto mayor que no tiene antecedentes familiares o personales de depresión podría desarrollar lo que varios médicos conocen como “depresión vascular”. (Ruisanchez, 2020)

Aunque algunas personas aceptan que las mayores tasas de suicidio son las de los jóvenes, la realidad es otra por ejemplo en los Estados Unidos son los hombres blancos mayores de 85 años o más. Algunos tienen una enfermedad depresiva de la que los médicos no son conscientes, a pesar de que muchas de estas víctimas de suicidio van a sus médicos en periodos constantes. (Adela, 2019)

Comorbilidad

Según Peña M, (2019) nos dice que el adulto mayor con trastorno de depresión es muy probable que exista comorbilidad en patologías medicas generales o también psiquiátricas, constituyéndose la depresión como un factor de riesgo y de mal pronóstico para diferentes enfermedades. Así mismo, la presencia de patologías médicas son un factor de riesgo para desarrollar depresión durante la vejez. Entre estas condiciones médicas que se debe tener atención se muestran las siguientes:

- Enfermedades cerebrovasculares
- Cáncer
- Enfermedades coronaria
- Enfermedades neurológicas

El intervalo entre depresión y demencia

La depresión y la demencia son dos enfermedades recurrentes en el adulto mayor. Podrían manifestarse como procesos autónomos o bien pueden vincularse de varias formas, inclusive etiológicamente, presentándose ambos padecimientos, pero con diferentes grados de potencia.

Esta medición de dificultad va desde la existencia de síntomas depresivos apartados, depresión mínima, distimia o depresión mayor, por una parte; y además, presencia de quejas de memoria apartada, deterioro cognitivo en diversos grados de potencia, hasta demencia franca.

Puede suceder que el adulto mayor demuestre sólo síntomas de la esfera cognitiva, o sólo síntomas del ambiente afectivo, en cuyo caso tendría que hablar exclusivamente de demencia o depresión, paulatinamente. No obstante, lo más habitual es que emerjan síntomas tanto cognitivos como afectivos, lo que da sitio a una clínica diferente, que puede portar consigo diferentes diagnósticos. Inclusive cabe la probabilidad de que el enfermo pasese un trastorno a otro, lo cual es otro impedimento más a la hora de entablar el diagnóstico.

En forma de resumen, puede mencionarse que la relación entre demencia y depresión, puede exteriorizarse en tres maneras diferentes:

- Paciente afectado de demencia que evoluciona un acontecimiento depresivo.
- Episodio depresivo original acompañado de lamento sobre dificultades cognitivas.
- Depresión como procedente de peligro o procedente de demencia.

Diagnóstico

Para el correcto diagnóstico se debe tener en cuenta ciertos aspectos como:

- La observación
- Historia clínica
- Entrevista psicológica
- Test
- Verificación de los criterios de diagnóstico del DSM-5

Tratamiento

La depresión se caracteriza por ser un trastorno tratable. En la actualidad se cuenta con tratamientos altamente eficientes para atenuar esta enfermedad. La mayoría de los adultos mayores con depresión progresan cuando están en tratamiento con antidepresivos, psicoterapia o con una combinación de los dos.

En estudios se ha podido demostrar que la intervención en adultos mayores que padecen de depresión muestran que los pacientes que responden al primer tratamiento de medicamentos y terapia muestran menos posibilidad de retomar la depresión si continúan el tratamiento compuesto por al menos dos años.

La terapia cognitivo-conductual permite a los pacientes modificar sus pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos a positivos, al aprender nuevas maneras de pensar y de comportarse, mejorando el estado de ánimo, en un lapso de tiempo relativamente corto, mejorando así la depresión. En su mayor parte las guías indican el beneficio adicional adquirido al favorecer el resultado de la medicación antidepresiva con participaciones psicosociales.

Duración del tratamiento

Cuando el paciente exterioriza una buena respuesta al tratamiento antidepresivo hay que indicarle la obligación de conservarlo, ya que el aislamiento anticipado supone un alto riesgo de empeoramiento. En general, se aconseja conservarlo durante un mínimo de un año, antes de empezar una retirada progresiva.

En pacientes que demuestran un trastorno depresivo mayor, el empeoramiento suele ser altamente usual, por lo que se recomienda conservar el tratamiento indefinidamente a partir del tercer episodio, e incluso del segundo, si la recaída se coliga con resultados peligrosos.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Este estudio de caso es realizado con la Investigación Mixta, puesta en práctica para abordar desde el ámbito científico con fundamentos documentales y de campo. La misma que posee como competencia el análisis de la relación entre las variables del caso, la realización del objetivo principal y la devolución de información para llegar a una conclusión adecuada y su respectivo análisis.

En cuanto a los métodos aplicados para la recopilación de información en este estudio de caso tenemos los siguientes:

1. Observación clínica

Fue empleada para el estudio del paciente dentro de las sesiones acordadas, ya que se puede visualizar de manera directa y holística la conducta del paciente, su desenvolvimiento y todo aquel indicio observable y medible manera natural en la cual se logra distinguir los elementos a ser evaluados posteriormente por medio de los otros métodos programados, para llegar a una conclusión acertada.

2. Entrevista semiestructurada

Por medio de este procedimiento se logra obtener información importante que aporta en el estudio de caso, logrando consigo el rapport con el adulto mayor para que pueda ser sincero en su discurso, con ello estableciendo las hipótesis del caso.

Por medio de la entrevista siempre se pretende conocer al paciente, crear rapport, responder las inquietudes del adulto mayor, obtener así el motivo de consulta, comprometer al paciente con el cumplimiento del tratamiento, así como de generar el ambiente adecuado para la comodidad del paciente. La entrevista con el paciente fue de 35 minutos en donde

se mantuvo un ambiente tranquilo para alcanzar el rapport, A continuación, se detalla los instrumentos usados para el diagnóstico del trastorno y su intervención psicológica.

- **Historia Clínica.**

Con este instrumento se realiza la exploración al adulto mayor tomando en cuenta las áreas: conductuales, cognitivas y somáticas, con la intervención se alcanza algunos aspectos como: una buena relación interpersonal, la adquisición de información, valoración de información de su niñez, adolescencia y adultez. Con esta intervención se verifica las alteraciones a nivel cognitivo y conductual del adolescente. La información registrada en la historia clínica se mantiene en completa privacidad, siendo de uso de la intervención psicológica y a la disposición del paciente. No se trata de tomar apuntes, también se involucra la escucha activa y la observación directa.

El análisis de las actividades cognitivas por medio de la historia clínica se realizó con la inspección de características básicas como la atención, memoria, percepción, lenguaje.

- **Test Psicológicos:** Los test usados en esta investigación son los siguientes:

- **Inventario de Depresión de Beck:**

En esta batería psicométrica diseñada con 21 preguntas, teniendo que ser respondidas con seriedad y sinceridad, fueron esquematizados para determinar la depresión en adolescentes y adultos. Este cuestionario fue contestado por el paciente en un tiempo estimado de 20 minutos.

- **Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS):**

Este inventario tiene 21 preguntas que va desde los 0 y 15 puntos siendo como punto de corte de 6 puntos en adelante, estos ítems fueron respondidas en un tiempo de 10 minutos, no existió complicación o dudas al momento de contestarlas, arrojando como resultado 3 puntos (no hay pensamientos suicidas).

RESULTADOS OBTENIDOS

Paciente de 70 años de edad, sexo masculino, ecuatoriano, domicilio parroquia San Carlos, solicita por voluntad propia las intervenciones psicológicas debido a problemas de depresión presentados en el tiempo de 7 meses. Se hace uso de la Historia Clínica, entrevistas con el adulto mayor y el empleo de los test en cada una de las sesiones tales como: Inventario de Depresión de Beck, Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS) se encontró información necesaria para el diagnóstico y pronóstico de la demanda del paciente.

- Entrevista Psicológica:

En este primer acercamiento con el adulto mayor es realizado en su humilde morada, el paciente viste con ropa informal, es de contextura delgada, estatura media, estado civil soltero, demuestra poco cuidado en su aseo personal, también se puede notar nerviosismo durante las preguntas, presenta espasmos en sus manos, decaimiento. El adulto mayor vive solo en su casa con dos cachorros quienes son sus únicos compañeros,

Posterior a realizar la exploración de inicio con el paciente, el paciente empieza con su discurso libre en donde se obtuvo información precisa sobre sus dificultades a nivel emocionales, con el paso del tiempo el paciente menciona que la mayoría del tiempo “se siente solo y triste”, además dice que “no tiene ganas de seguir viviendo así, porque extraña mucho a sus hijos”, también narra cómo sus hijos lo abandonaron “yo tengo 2 hijos y 1 hija, todos tienen sus hogares con hijos, primero se fue la mujercita haciendo referencia a su hija, luego se fue mi hijo mayor, con el último de mis hijos teníamos muchas peleas, y un día discutimos y se fue de la casa, me quede solo, mi hija viene de vez en cuando a visitarme, pero los varones no se acuerdan de mí”. Menciona “soy un viejo inservible”, “cuando necesitaron de mí, yo les apoye, les ayude y para que al final simplemente se olviden de mí”.

Se dio un descanso de 10 minutos esperando a que el adulto mayor tome agua y pueda reponerse en cuanto a sus emociones, menciona que su mujer falleció hace 4 años y que ella era su compañera, dice sentirse “triste, solo, enfermo, cansado.

No tiene ganas ni de salir de su casa, la cual como nos podemos percatar en la entrevista tiene muchas necesidades, el adulto mayor ha intentado reponer su casa con retazos de zinc y madera ya que cuando llueve se le ingresa agua por los lados. Después de su discurso, se toma en consideración el motivo de consulta: depresión a raíz del abandono de sus hijos.

Una vez que se da a conocer su historia clínica se le muestra al paciente las baterías psicométricas que se llevara a cabo, las cuales son mencionadas a continuación: Inventario de Depresión de Beck y Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS), con estos dos test se recabara la información necesaria para conocer el cuadro depresivo del paciente, teniendo las hipótesis sobre el estudio de caso se realizan las siguientes baterías psicométricas:

- **Inventario de Depresión de Beck:**

Antes de comenzar con el test se le hace la entrega al paciente de sus herramientas: cuestionario, lápiz, borrador y sacapuntas. Posterior se le lee las pautas para la aplicación de esta batería psicométrica, el adulto mayor tendrá que responder 21 ítems el paciente se demoró en contestar 20 minutos y al finalizar la prueba se le realiza el chequeo y tiene como puntaje: - Depresión leve 10 puntos.

- **Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)**

Al inicio del test se le da a conocer las reglas, se lee las preguntas y se le entrega su material para la elaboración del test, el cuestionario constaba de 21 ítems en los cuales se encuentra información acerca de ideas suicidas, en el momento de responder las preguntas se le noto sereno, sin borrones o tachones, en un tiempo estimado de 15 minutos, siendo este un cuestionario breve y tomando en cuenta la edad del paciente el tiempo estimado de la culminación del test fue la adecuada, como resultado arrojó 2 puntos lo que significa que no existiría ideas suicidas.

Con el análisis de la entrevista psicológica, la historia clínica, los test, y la observación como técnica para la valoración de información en este estudio de caso se demuestra que el paciente de 70 años de edad, presenta como diagnóstico:

- 296.21 (F32.0) Trastorno Depresivo con episodio único leve.

Y por ende el tratamiento seleccionado en la T.C.C (Terapia Cognitivo Conductual), encargada de brindar al paciente las herramientas útiles para su pronta mejoría en cuanto al trastorno encontrado. Esta terapia se encargada de modificar los pensamientos negativos del paciente, con ello modifica sus sentimientos y se ven reflejados en la conducta.

Primera y segunda sesión:

En la primera sesión formal con el adulto mayor se ejecuta la Psicoeducación y Análisis Costes - Beneficios, la cual es encargada de despejar las dudas propias del paciente ante la terapia. Se le explica al adulto mayor la terapia que se empleará, la T.C.C se encamina en el manejo de la depresión. El paciente coopera con la explicación y comprende que esta terapia le ayudara a sentirse mejor. En donde el principal objetivo es Informar y comprender la importancia de la salud mental, haciendo uso de las herramientas proporcionadas en cada una de las sesiones.

Tercera y cuarta sesión:

Se aplicó la técnica Como distinguir los pensamientos de los hechos esta técnica tiene como objetivo Modificar los pensamientos negativos a positivos. Se completa el cuestionario de dicha técnica y se envía tarea para el hogar con base en este cuestionario. De igual manera se realiza un diagnóstico sobre lo aprendido en las sesiones anteriores, corroborando que las técnicas hayan sido entendidas de manera correcta.

Quinta sesión:

Se empleó la técnica Generar una explicación Alternativa la misma que tiene como objetivo mejorar el estado anímico del paciente. Se le explica al paciente como sus ideas pueden alterar su comportamiento. Y por ello generar los sentimientos de angustia y tristeza, desencadenando afecciones somáticas.

Sexta sesión:

Se realizó la técnica Comprobación de Hipótesis Empíricas, esta técnica tiene como objetivo serenidad al tomar decisiones. Se resuelve el cuestionario y se envía como tarea un nuevo cuestionario en donde el joven puede indicar que la clasificación de su afectividad y cognición pueden alterar su ritmo de vida

Tabla 1

Cuadro psicopatológico de los signos y síntomas

Función	Signos y Síntomas	Síndrome
----------------	--------------------------	-----------------

Cognitivo	Preocupaciones excesivas Distorsión en sus ideas.	DEPRESIÒN
Afectivo	Tristeza, ira, melancolía, decepción	
Conducta social – escolar	Aislamiento	
Somática	Pérdida de apetito, insomnio.	

Elaborado por. LISSETTE LEMA

Después de comprobar 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.

Tabla 2

Esquema psicoterapéutico

Elaborado por. LISSETTE LEMA

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	N^a de sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Cognitivo Deterioro cognitivo leve	Informar comprender la importancia de la salud mental	Psicoeducación Análisis Costes - Beneficios	2	16-09-2022 20-09-2022	Comprensión del trastorno y los beneficios de la terapia
Pensamientos negativos sobre sí mismo	Modificar los pensamientos negativos a positivos	Como distinguir los pensamientos de los hechos	2	24-09-2022 29-09-2022	Mejora en la autoestima
Afectiva Tristeza	Mejorar el estado anímico.	Generar una explicación Alternativa	2	08-10-2022 10/10/2022	Reducción notable de su angustia y tristeza
Conductual Preocupaciones irrealas	Serenidad al tomar decisiones	Comprobación de Hipótesis Empíricas	1	14-10-2022	Disminución de pensamientos intrusos

CONCLUSIONES

Dentro del sustento teórico se pudo apreciar las diferentes investigaciones las cuales demuestran que existe un gran número de personas de la tercera edad que viven en situaciones de vulnerabilidad, debido al abandono por parte de sus familiares a quienes no les importa el bienestar de las personas que tienen una edad avanzada, los adultos mayores en muchas ocasiones prefieren callar abusos, insultos, maltratos a nivel físico, sexual por no ser abandonados o simplemente llevados a casas asistenciales para personas de la tercera edad en donde también ha habido investigaciones que demuestran que los maltratan sin piedad alguna.

En esta investigación se hace alusión al Trastorno de Depresión con episodio único leve, el cual repercute de manera directa en las relaciones interpersonales del adulto mayor de 70 años que contribuyó para el desarrollo de este caso ya que el paciente fue abandonado por su familia, el índice de muertes trágicas suele estar en aumento debido a esta problemática, por lo mismo fue de mucho interés el evaluar el cuadro depresivo del adulto mayor para ayudar con la terapia correcta y mejorar su calidad de vida.

Para poder recopilar los datos nos guiamos por el objetivo que era Identificar los factores que influyen en el abandono por parte de las familias a los adultos mayores y como aquella negligencia afecta al estado emocional en un adulto de 70 años de la parroquia San Carlos, aquellos factores se dieron a conocer por medio del rapport con el paciente y la ejecución de los test empleados. El factor social y económico intervienen en este caso, ya que los familiares del adulto mayor lo abandonaron por desinterés a nivel afectivo, los problemas económicos que se veía a diario también fue uno de los detonantes para que se suscite dicha acción. Además, en la ejecución de esta investigación se utilizó técnicas de recolección de información, la entrevista clínica y la observación, como herramienta empleada esta la historia clínica y las pruebas psicométricas fueron cada uno de los formularios de cada uno de los test.

En este estudio de caso se ha evidenciado que la humanidad crea que tener depresión es algo normal con la edad. Pero no lo es. Los ancianos podrían experimentar modificaciones importantes o retos en su vida que provoquen una depresión. Cosas como perder a un familiar, vivir con una afección de salud crónica o el abandono por parte de sus seres queridos, sintiéndose vulnerable. En el caso de los adultos mayores, la depresión que no se trata podría perdurar años. Permite generar daños o empeorar otras afecciones de salud física

y psíquica, y lo mismo puede ocurrir con las relaciones personales. Además, esto incrementa las posibilidades de que suceda un suicidio. La constancia de factores que afecten alguno de los ámbitos psiquiátricos, médicos, sociales o familiares, se traduce en un círculo vicioso que obstaculiza el tratamiento correcto de la depresión. Reflejando la necesidad de un abordaje multidisciplinario.

Los datos y resultados obtenidos con esta investigación podrían ser considerados como una muestra de lo que está aconteciendo actualmente con las familias y sus integrantes de la tercera edad, es por esto que la investigación que se llevó a cabo sobre la depresión en el adulto mayor por causa del abandono familiar son de relevancia para toda la sociedad, ya que los resultados obtenidos pueden apoyar a la prevención y atención tanto para los adultos mayores como para las familias y así concientizar a aquellos que cuentan con alguna persona de la tercera edad en su familia.

RECOMENDACIONES

Se recomienda el apoyo por parte del núcleo familiar, así como el acompañamiento al seguimiento psicológico. Los cambios en la conducta van a variar y por ello se debe seguir las instrucciones brindadas por el profesional de la salud mental, la mejoría en pacientes con ansiedad depende del cambio en el estilo de vida. Para ello se indispensable realizar nuevas pautas para tener un estilo de vida saludable se mencionan las siguientes alternativas:

- Realizar alguna actividad de ocio
- Llevar una alimentación balanceada
- Dormir de 7 u 8 horas
- Relajarse por medio de actividades de respiración
- Canalizar los temores
- Fortalecer los factores resientes

Después de los resultados que se pudieron tener se puede afirmar que en la vida no todo es malo ya por si es preciso las crisis personales para poder tener esa resiliencia con la cual vamos a poder lograr entender cuáles son nuestras debilidades y fortalezas, no evitar situaciones abrumadoras simplemente hacer frente a aquella problemática.

BIBLIOGRAFÍA

Adela, G. (2019). La depresion en el anciano. Disponible en:

<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7496/1/N%C3%BA%C3%B1ez%20Cabezas%20Ver%C3%B3nica%20Alexandra.pdf>

Botto, A. (2018). La depresión como un diagnóstico complejo. Chile. Disponible en:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n10/art10.pdf>

Cotrado, S. (2020). Abandono del adulto mayor: una perspectiva . REPSI - Revista Ecuatoriana de Psicología sociodemográfica, 160-173. Disponible en:

<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19621/1/Factores%20que%20influyen%20en%20la%20depresi%C3%B3n%20en%20los%20adultos%20mayores%20que%20acuden%20a%20los%20centros%20gerontol%C3%B3gicos%20de.pdf>

Carrillo, S. (2019). CUÁLES SON LAS CAUSAS DE ABANDONO FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES. Colombia .Disponible en:

https://repository.ugc.edu.co/bitstream/handle/11396/4462/Causas_abandono_adultos_mayores.pdf?sequence=1&isAllowed=y

F, S., Y J, T. (2022). . Autoestima y Abandono Familiar de Adultos Mayores en la Ciudad. Ecuador: PSIDIAL: Psicología y Diálogo de Saberes. Disponible en:

<file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/5107-Texto%20del%20art%C3%ADculo-21287-1-10-20220930.pdf>

Garcia, M. (2018). LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO. Disponible en:

<https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>

Meza, A. (2020). El abandono en la vejez. Revista de Educación y Desarrollo, 91-101.

Disponible en:

https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/55/55_Ramos.pdf

Peña, M. (2019). Depresion en ancianos. Disponible:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112009000400007

Ruisanchez, S. I. (2020). La Depresion en los adultos mayores. España. Disponible en:

https://brain360.es/tratamientos/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=TRATAMIENTOS&gclid=EAIaIQobChMIgYCK4MDk_QIVEjizAB3X9w9dEAAYAiAAEgL2VfD_BwE

Ruiz, F. (2020). EL ABANDONO DEL ADULTO MAYOR COMO MANIFESTACIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C., Mexico. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/507/50719071001.pdf>

Zuñiga, P. (2018). EL ABANDONO DEL ADULTO MAYOR DENTRO DE SU ENTORNO. FAMILIAR. Cuenca. Disponible en:

<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29424/1/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n.pdf>

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN CARRERA DE PSICOLOGÍA MODALIDAD PRESENCIAL

ANEXOS

ANEXO 1

HISTORIA CLÍNICA

HC. # 5

Fecha: 20/ 09/ 2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: C.A.F.A

Edad: 70 años

Lugar y fecha de nacimiento: Quevedo 4 de octubre del 1953 **Género:** Masculino

Estado civil: Soltero **Religión:** católica **Instrucción:** Primaria

Ocupación: Ninguna **Dirección:** Parroquia San Carlos

Remitecente: centro gerontológico

1. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente adulto mayor de 70 años de edad, sexo masculino, contextura delgada, estatura baja, acude a consulta por derivación médica del centro geriátrico de donde es usuario, paciente manifiesta con tono de voz bajo y aptitud desanimada "vengo a consulta por que el doctor me dice estoy triste" y luego menciona "tengo muchas penas, y no sé qué hacer"

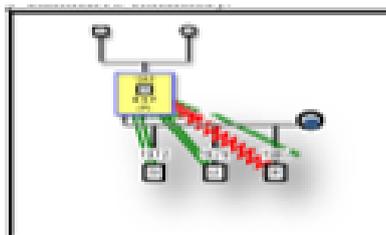
2. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

El cuadro de síntomas manifestado tiene una prolongación de 4 semanas, pero se observan antecedente de cuadros depresivos de alrededor 6 meses atrás, el evento precipitante que causa la patología es el abandono familiar que percibe el paciente, como factores predisponentes que mantienen la patología son los recuerdos involuntarios del pasado, emociones de culpabilidad y arrepentimiento, y observar a otros usuarios que tienen contacto con sus familiares.

3. ANTECEDENTES FAMILIARES

Paciente perteneció durante la mayor parte de su vida a la estructura familiar extendida conformada por su madre y seis hermanos, la madre falleció hace 10 años atrás, y no mantiene contacto con sus hermanos, paciente es padre de 3 hijos, y tampoco sostiene contacto con ellos, menciona que con uno de sus hijos mantiene una relación conflictiva.

- a. Genograma (Composición y dinámica familiar).





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

b. Tipo de familia.

Nuclear

c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

Madre Cáncer - Padre cirrosis

4. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

Paciente vive en un centro gerontológico:

1 cuarto

1 baño

Comedor común

Patio

Áreas verdes

5. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

Embarazo normal, parto normal, desconoce la marcha, control de esfínteres, cuando dijo sus primeros monosílabos, alrededor de los 6 años comía e se aseaba solo, enfermedades en la niñez no presenta

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

Con respecto a la historia escolar del paciente se observan resultados de secundaria inconclusa, conflictos en el colegio, conductas antisociales desafiantes a la autoridad

6.3. HISTORIA LABORAL

En la historia laboral, paciente manifiesta haber trabajado como jornalero la mayor parte de su vida

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

historia social se observa vida sexual promiscua en la adolescencia, dependencia de alcohol.

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

Sentarse a observar a las personas de su alrededor, o realizar alguna actividad que el personal le indique a realizar

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

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

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

La alimentación no se observa alteración

Activa



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

Test de depresión de Beck, obteniendo un puntaje de 10 se interpreta como depresión leve dentro de la normalidad acorde al contexto.

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS) : 2 puntos, lo que significa que no presenta pensamientos suicidas.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo:	Preocupaciones excesivas Distorsión en sus ideas.	296.21 (F32.0) Trastorno Depresivo con episodio único leve.
Afectivo:	Tristeza, ira, melancolía, decepción	
Conducta social - escolar	Aislamiento	
Somática	Pérdida de apetito, insomnio.	

9.1. Factores predisponentes:

evita contacto con otras personas del asilo, perspectiva negativa sobre él, los demás y el futuro, aparición involuntaria de recuerdos que provocan emociones de culpa y tristeza

9.2. Evento precipitante:

abandono familiar

9.3. Tiempo de evolución: 6 meses

10. DIAGNÓSTICO

296.21 (F32.0) Trastorno Depresivo con episodio único leve.

11. PRONÓSTICO

Activa

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO

6.9. HISTORIA MÉDICA

No refiere patología médica

6.10. HISTORIA LEGAL

antecedentes por manutención

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

Aspecto personal despeinado, vestimenta arrugada y desarreglada, ropa limpia, congruencia en el lenguaje verbal y no verbal, contextura delgada, alto, etnia ~~montuza~~ ~~montuza~~

7.2. ORIENTACIÓN

orientación en tiempo-espacio y persona

7.3. ATENCIÓN

Se observa dificultad para atender

7.4. MEMORIA

alteración en la memoria de corto plazo-dificultad en la retentiva

7.5. INTELIGENCIA

Aparentemente sin alteración

7.6. PENSAMIENTO

presenta pensamiento restringido en la forma

7.7. LENGUAJE

no presenta alteración en la expresión del lenguaje

7.8. PSICOMOTRICIDAD

presenta enlentecimiento motor

7.9. SENSOPERCEPCION

Alucinaciones auditivas

7.10. AFECTIVO

Tristeza

7.11. JUICIO DE REALIDAD

conservado

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

No hay conciencia

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

No presenta

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS Y RESULTADOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA
MODALIDAD PRESENCIAL

Desfavorable, si no recibe tratamiento

12. RECOMENDACIONES

Evaluación con neurología

Evaluación psiquiátrica y farmacoterapia

Psicoterapia individual, trabajar rehabilitación cognitiva, esquemas de creencias, y habilidades de afrontamiento

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Cognitivo Deterioro cognitivo leve	Informar comprender la importancia de la salud mental	Psicoeducación Análisis Costes - Beneficios	2	16-09-2022 20-09-2022	Comprensión del trastorno y los beneficios de la terapia
Cognitivo Pensamientos negativos sobre sí mismo	Modificar los pensamientos negativos a positivos	Como distinguir los pensamientos de los hechos	2	24-09-2022 29-09-2022	Mejora en la autoestima
Afectiva Tristeza	Mejorar el estado anímico.	Generar una explicación Alternativa	1	08-10-2022	Reducción notable de su angustia y tristeza
Conductual Preocupaciones irracionales	Serenidad al tomar decisiones	Comprobación de Hipótesis Empíricas	1	14-10-2022	Disminución de pensamientos intrusos

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA
MODALIDAD PRESENCIAL

ANEXO 2
ENTREVISTA PSICOLOGICA



ANEXO 3

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

6.6. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO

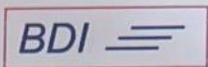
2 ptos.

6. Instrumentos de evaluación de ideación y comportamiento suicida 153

Anexo 4

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

 Cuestionarios y escalas de valoración en salud mental



Identificación C.A.S.A Fecha

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

- No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
- No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
- No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.

1/3





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN CARRERA DE PSICOLOGÍA MODALIDAD PRESENCIAL

 Questionarios y escalas de valoración en salud mental

BDI 

Identificación Fecha

8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. No lloro más de lo que solía.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.

13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.

14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 Creo que tengo un aspecto horrible.

Identificación Fecha

15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI NO
20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL:

10