



**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:**

**PENSAMIENTOS SUICIDAS Y SU REPERCUSIÓN EN LA CONDUCTA EN  
HOMBRE ADULTO MAYOR DE 85 AÑOS PERTENECIENTE A LA CIUDAD DE  
BABAHOYO**

**AUTOR:**

**VACA DELGADO LEIBETH MARION**

**TUTOR:**

**ARREAGA QUINDE ANDRÉS FERNANDO**

**BABAHOYO – 2023**



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



## **AGRADECIMIENTO**

Gracias a dios, por haberme dado la oportunidad de realizar este proyecto y colocarme en el camino personas tan maravillosas como los son mis hijos, mi esposo, mis padres y mi abuela a los cuales les agradezco por estar siempre apoyándome en los momentos que más los necesite.

Agradezco a todos mis compañeros y profesores por brindarme su amistad y aportarme todos los conocimientos adquiridos.



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



Este estudio de caso se lo dedico a:

DIOS, ya que gracias a el he logrado concluir mi carrera, a mis padres Fatima y kerry, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindandome sus apoyos y sus consejos para hacer de mi una mejor persona, a mis hermanos por sus palabras de aliento y compañía, a mi abuela Jenny por ser una guia desde mis inicios estudiantiles, a mi esposo, Washington por sus palabras y confianza, por su amor y por brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente, a mis hijos Valentina y Emiliano, quienes supieron esperar pacientemente y comprender que lo que estaba realizando es un proyecto del cual, tarde o temprano obtendran su recompensa.



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



## **RESUMEN**

El presente estudio de caso se realiza con persona adulto mayor de 85 años residente de la ciudad de Babahoyo, provincia de los Ríos, usuario en época de pandemia por el virus del COVID- 19 pierde a su esposa, principal motivante para que su salud mental empiece a tener problemas.

El objetivo de estudio es conocer sobre las ideas suicidas en un adulto mayor y su repercusión en la conducta, y para conocer esta problemática, se utiliza como enfoque psicológico el modelo cognitivo conductual para conocer la influencia de los pensamientos en la conducta del individuo, también se procede con la aplicación de psicometría que son la escala de depresión geriátrica de Yesavage y escala de autoestima de Rossemberg

El presente estudio de caso se aborda específicamente en el diagnóstico de la idea suicida y su repercusión en la conducta de hombre de 85 años. En este caso se procede con realizar entrevistas abiertas y aplicación de psicometría para la comprensión de problemática citada, por lo que también se procede con la anamnesis del problema para tener en cuenta el antecedente y evolución del problema.

Se procedió con realizar una intervención psicológica para la modificación de la conducta problema y generar estrategias de afrontamiento en las ideas suicidas presentadas en este estudio de caso.

Palabras clave: ideas suicidas, depresión, conducta, psicología, cognitivo conductual



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



## **ABSTRACT**

The present case study is carried out with an adult person over 85 years of age, a resident of the city of Babahoyo, province of Los Ríos, user in times of pandemic due to the COVID-19 virus, loses his wife, the main motivator for his mental health. start having problems.

The objective of the study is to know about suicidal ideas in an older adult and its impact on behavior, and to know this problem, the cognitive behavioral model is used as a psychological approach to know the influence of thoughts on the behavior of the individual, as well as We proceed with the application of psychometrics, which are the Yesavage geriatric depression scale and the Rossemberg self-esteem scale.

This case study deals specifically with the diagnosis of suicidal ideation and its impact on the behavior of an 85-year-old man. In this case, we proceed with conducting open interviews and applying psychometrics to understand the aforementioned problem, so we also proceed with the anamnesis of the problem to take into account the background and evolution of the problem.

A psychological intervention was carried out to modify the problem behavior and generate coping strategies in the suicidal ideas presented in this case study.

The line of research of this case study is limited to prevention, diagnosis, evaluation and psychotherapeutic treatment in the clinical setting.

**Keywords:** suicidal ideation, depression, behavior, psychology, cognitive behavioral

## **INDICE GENERAL**

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>DESARROLLO</b> .....	<b>2</b>
<b>Justificación</b> .....	<b>2</b>
<b>OBJETIVO.</b> .....	<b>2</b>
<b>SUSTENTO TEORICO</b> .....	<b>3</b>
<b>Salud Mental.</b> .....	<b>3</b>
<b>Suicidio.</b> .....	<b>4</b>
<b>Factores asociados al suicidio.</b> .....	<b>6</b>
<b>Fases de la conducta suicida.</b> .....	<b>7</b>
<b>Depresión.</b> .....	<b>7</b>
<b>Conducta.</b> .....	<b>10</b>
<b>Adulto mayor o tercera edad.</b> .....	<b>10</b>
<b>TÉCNICAS PARA LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>RESULTADOS OBTENIDOS</b> .....	<b>13</b>
<b>SITUACIONES DETECTADAS</b> .....	<b>15</b>
<b>SOLUCIONES PLANTEADAS</b> .....	<b>17</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>20</b>
<b>RECONENDACIONES</b> .....	<b>21</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## INTRODUCCIÓN

Para la realización de este proyecto de investigación se considera el análisis de las ideas suicidas en un adulto mayor de 85 años, quien reside en la ciudad de Babahoyo, provincia de los Ríos, como parte del proceso de titulación para obtener el título de psicología clínica.

El presente estudio de caso se aborda específicamente en el diagnóstico de la idea suicida y su repercusión en la conducta de hombre de 85 años. En este caso se procede con realizar entrevistas abiertas y aplicación de psicometría para la comprensión de problemática citada, por lo que también se procede con la anamnesis del problema para tener en cuenta el antecedente y evolución del problema.

La línea de investigación de este estudio de caso se ubica en la prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico y la sub línea de investigación se encuentra en el diagnóstico psicopatológico.

Como se ha mencionado, y dada la situación del adulto mayor el presente texto se llevó a cabo a partir de la definición del problema, la justificación del porque es importante esta investigación, el planteamiento de un objetivo, el sustento teórico de sus variables, las situaciones detectadas en la evaluación realizada, y finalmente la elaboración de un plan terapéutico que beneficie de manera directa al paciente con herramientas que lo ayude a mejorar en lo posible a disminuir las ideas suicidas y su conducta.

## **DESARROLLO**

### **Justificación**

La intención de realizar este estudio de caso es para dar a conocer los efectos de la idea suicida en un adulto mayor de sexo masculino y su repercusión en su vida, ya que en Ecuador el índice de muertes relacionadas por el suicidio está en aumento.

La conducta suicida constituye un problema no solo de salud, sino que además es un problema social que está afectando la salud mental de toda población.

La importancia de este estudio de caso radica en la manera de comprender el fenómeno de la conducta suicida y su incidencia en un adulto mayor

El malestar psicológico que en estos tiempos ha aumentado y que son atendidos en los centros de salud se encuentran estrechamente vinculados con eventos pasados o con situaciones del presente que no se pueden dejar pasar desapercibido.

La ideación suicida comparte los mismos riesgos del intento de quitarse la vida y a pesar de las variadas formas de hacerlo, en los adultos mayores se destaca los problemas emocionales, jubilación, mal funcionamiento familiar, factores socioeconómicos y enfermedades mentales no diagnosticadas, síndrome de la golondrina, violencia intrafamiliar

Es importante resaltar la complejidad y la multicausalidad de las ideas suicida, por lo que necesitan de un equipo interdisciplinario que los ayude a llevar de la mejor manera su proceso, siendo algo muy prioritario definir niveles de atención y seguridad, y tener definido criterios de hospitalización en el caso de intentos fallidos, es aquí donde la psicología como disciplina en el área de la salud mental, otorga grandes beneficios no solo al paciente sino también a su familia y amigos, los cuales se consiguen mediante la ejecución de técnicas psicoterapéuticas que ayuden al paciente a conseguir la confianza necesaria para expresar libremente cada una de sus necesidades en relación a su salud mental.

### **OBJETIVO.**

Determinar los efectos de la idea suicida en un adulto mayor de 85 años mediante el uso de técnicas e instrumentos psicológicos para conocer la influencia de dichos efectos en su vida.



## **SUSTENTO TEORICO**

En las últimas décadas se registra un gran aumento de la población adulta mayor en Latinoamérica y en el mundo debido al incremento de esperanza de vida, por lo que supone un gran reto para las sociedades contemporáneas.

La depresión en el adulto mayor se está transformando en un fuerte problema de salud pública caracterizado por un riesgo más alto de suicidarse y por las dificultades que existen para realizar un diagnóstico por condiciones culturales, tecnológicas y económicas (Ayala, 2017)

### **Salud Mental.**

La salud mental es definida por Mayo Clinic (2023), como el bienestar general de la manera en que se piensa y se regula los sentimientos y su influencia en la conducta, y en muchas veces ciertas personas experimentan importantes perturbaciones en su funcionamiento mental.

Lo que explica (Carranza & Valeria, 2017), los rasgos principales de que una persona padece de problemas de salud mental en la mayoría de las veces se sienten aisladas, con frustraciones y abrumadas, las áreas personales, sociales, laborales o personales y amorosa- sexual se ven afectadas, incluso la manera de pensar, sentir y actuar.

En países de norte de América, las enfermedades o trastornos mentales representan el porcentaje más alto de problemas de salud, las más conocidas son la esquizofrenia, la ansiedad y el trastorno bipolar (Carranza & Valeria, 2017).

La salud mental es definida como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de realizar una contribución a su comunidad” (OPS, 2022). A lo que se refiere que la salud mental es más que hablar de trastornos mentales, e incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia y reconocimiento de habilidades de realizarse intelectual y emocionalmente (OMS, 2022).

La salud mental de la población se ve influenciada por determinantes sociales de los cuales la pobreza y los conflictos sociopolíticos actuales están fuertemente relacionados a un mayor riesgo de que en la población se desarrolle patologías asociadas con la salud mental (Gonzales y Aguinaga, 2018).

En el Ecuador, el número de casos que registran un mayor índice de defunciones corresponden a los trastornos mentales orgánicos con un 57,1% en el 2021 seguido de los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso y abuso de sustancias psicoactivas con el 25,9%, en los últimos 10 años se ha mantenido la prevalencia de estas patologías como causa de fallecimiento (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022).

En el Ecuador, las políticas de salud mental aparecen en el modelo de atención de salud mental publicado a través del acuerdo ministerial 4927 del año 2014, donde establece la organización de servicios en tres niveles de atención, así como las modalidades de atención a personas con problemas de salud mental (Ministerio de Salud Pública del Ecuador/ MSP, 2014).

### **Suicidio.**

El suicidio es definido por la (OMS, Suicidio, 2022), como el acto deliberado de quitarse la vida, su prevalencia y los métodos utilizados varían de acuerdo con los diferentes países. Desde el punto de vista de la salud mental, los adolescentes poseen vulnerabilidades particulares por su etapa de desarrollo.

Alrededor de 1,000 personas mueren al año en el Ecuador por heridas auto infringidas en el año 2021 se registraron 1237 casos mientras que en 2020 se registraron 1185. El suicidio es la tercera causa de muerte en adultos hombres y la primera causa de muerte en adolescentes según los datos del 2018 (MSP, 2022).

Actualmente el método de suicidio más frecuente según los reportes son el ahorcamiento con 72%, auto envenenamiento intencional con plaguicidas y otros químicos con el 17%, uso de armas de fuego con el 5%, salto de lugares elevados con el 3% y por cortes con el 2% (MSP, 2022).

Las mujeres tienden a utilizar medios no tan violentos como el envenenamiento y abuso de drogas, mientras que los hombres la tendencia se dirige al uso de armas de fuego, colgamiento y daño intencional con objetos corto punzantes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

Según (Rodriguez, 2013), considera el suicidio como "El acto o acción consumada, intencional de ponerle fin a la existencia del individuo, y esta incluye todas las muertes que son el resultado de cualquier comportamiento ejecutado por la víctima que es consciente de la meta que desea lograr"

Durkheim (1960, p. 5), lo definió como “todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima y que, según esta, sabía que produciría el resultado”.

Según (Herrera & Betancourt, 2000), define al suicidio como el acto de matarse de forma voluntaria en el que intervienen tanto los pensamientos suicidas como los intentos o el acto suicida en sí.

Durkheim (1960, p. 5) realizó una distinción entre varios tipos de suicidio en las cuales las definió de la siguiente manera:

**Suicidio altruista:** Este tipo de suicidio sucede por una excesiva "integración" del sujeto con la sociedad a la que pertenece, a tal punto que la personalidad individual no cuenta. El individuo se somete con abnegación a las leyes y costumbres de su sociedad, de tal modo que se suicida porque piensa que ese acto es un deber. Este tipo de suicidios se da según el autor, cuando la importancia del “yo” es muy baja. Es la versión opuesta al suicidio egoísta y existen 3 tipos:

**Suicidio Altruista obligatorio:** El que está condicionado por la sociedad, una sociedad que exige el suicidio. Por ejemplo, en sociedades asiáticas (normalmente relacionado con temas sobre el honor); o antiguamente, cuando en los pueblos celtas, y parece que también recientemente en nuestro entorno, los ancianos se quitaban la vida para no representar una carga para la sociedad en la que vivían. En este tipo de casos, la sociedad podría, en ocasiones, despreciar a la persona, si no lleva a cabo el suicidio.

**Suicidio Altruista facultativo:** La situación sería parecida a la anterior, con la diferencia de que la sociedad no demanda el suicidio del individuo. Por ejemplo, una viuda que se quita la vida, pero no por problemas psicológicos, sino porque siente que ya ha cumplido con su cometido en la vida.

**Suicidio Altruista agudo:** Cuando la persona se quita la vida por placer. Es común que se dé este caso en relación con temas religiosos. Por ejemplo, alguien que se suicida para alcanzar una supuesta gloria divina.

**Suicidio egoísta:** Aquel que es ‘proporcional al grado de integración de los grupos de los que el individuo es parte’. La intensidad de los vínculos religiosos, familiares y políticos frena la

tendencia a la autodestrucción suicida de quienes puedan sentirse tentados por ella. En definitiva, la integración actúa como freno a las fuerzas sociales suicidas.

**Suicidio anómico:** Es aquel en el que influyen tanto las crisis económicas como las crisis de la viudez o de vinculación.

La ideación suicida como etapa inicial del suicidio es un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado en donde se encuentran factores ambientales, psicológicos y biológicos. Se debe tener en cuenta que estos factores de riesgo suicida tienen una fuerte influencia entre sí, por lo que identificarlos relacionarlos con el comportamiento suicida letal son elementos esenciales en la prevención del suicidio (Parra, 2018).

Diversos estudios señalan que detrás de una conducta suicida se encuentra un trastorno depresivo no tratado o no identificado, por lo que si no se tiene en cuenta los síntomas de la depresión puede generar desenlaces fatales en las personas que padecen este problema (Carranza & Valeria, 2017).

Dentro de los factores biológicos se encuentran el componente genético (heredar padecimientos de salud mental), desequilibrio en neuro transmisores, depresión, esquizofrenia, bipolaridad.

### **Factores asociados al suicidio.**

Para (Rodríguez, 2013), los factores asociados en la conducta suicida son:

**Factores asociados al sujeto;** Dentro de estos factores nos encontramos a su vez con los factores biológicos, psicológicos y genéticos.

**Factores asociados a la familia:** dinámica familiar adverso, agresividad, ausencia de límites y roles dentro del hogar, violencia intrafamiliar entre otros.

**Factores sociales:** aislamiento, pérdida de motivaciones y actividades sociales.

Además, tales factores de riesgo podemos encasillarlos a su vez en tres tipos o modelos de suicidio; *subjetivo, objetivo o mixto* (Rodríguez, 2013):

**Suicidio de origen subjetivo.** - es aquel que se plantea ante una evaluación negativa de la realidad por parte del sujeto, muchas veces motivado por evaluaciones negativas a partir de diversos

trastornos mentales, como la depresión o el consumo abusivo de drogas, sin que existan claramente razones para ello.

Hay que destacar en todo este proceso, la relevancia de las diferencias individuales entre sujetos, ya que cada cual consta de su propia personalidad, de sus propios sentimientos, pensamientos, emociones, y que no a todos nos afectan por igual las mismas realidades.

**Suicidio de origen objetivo.** - es aquel que se origina, por ejemplo, por el conjunto de diversas situaciones ciertas y observables como la muerte o suicidio de un hijo o allegado, o una enfermedad grave, que puede unirse a otros factores como una depresión o trastorno mental, familias desestructuradas, maltrato, etc. La persona se siente desbordada, no logra soportar ni aceptar lo ocurrido, está sometido a muchos factores de riesgo, no sabe gestionar tales emociones y la única salida que encuentra es suicidarse.

**Suicidio de origen mixto.** - es una mezcla de los anteriores, tanto por motivos subjetivos como objetivos.

#### **Fases de la conducta suicida.**

La terminología para describir la conducta suicida ha evolucionado con el tiempo para reflejar los avances en el estudio científico del comportamiento suicida, la conducta suicida según (National Suicide Prevention Lifeline, 2022), la clasifica en:

**“Suicidio consumado:** *acto autolesivo intencionado con resultado de muerte.*

**Intento de suicidio:** *acto autolesivo con intención de provocar la muerte, pero que finalmente no resulta mortal. Un intento de suicidio puede dar lugar a lesiones, pero no necesariamente.*

**Ideación suicida:** *pensamientos, planes y actos preparatorios relacionados con el suicidio.”*

#### **Depresión.**

La depresión en el adulto mayor es un trastorno de difícil reconocimiento en la práctica clínica, debido a la confusión de los síntomas clínicos con las señales de envejecimiento, por ende, la dificultad en realizar un pronto diagnóstico y un tratamiento oportuno.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos conocidos, caracterizado por un trastorno de ánimo, transitorio o permanente influenciado por sentimientos de abatimiento,

infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (Eduard, 2016).

La depresión es un evento psicológico donde intervienen de manera conjunta elementos cognitivos y afectivos en la que el sujeto enfrenta un evento que no puede resolver y que comúnmente lo ubica en el pasado (BECK, 1976).

La depresión según la (OMS, 2022), la define como un trastorno común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar la vida.

Cuando el estado emocional de un individuo en determinado tiempo de su vida sufre sentimientos severos y prolongados de tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, generando una fuerte afección al adulto mayor para relacionarse con otras personas y realizar trabajos.

La depresión en los adultos mayores difiere del resto de síntomas de acuerdo con el grupo heteráneo, debido a que los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que en el adulto mayor experimentan síntomas somáticos.

Como en cualquier trastorno emocional psiquiátrico y geriátrico, se debe investigar los antecedentes del paciente y entorno mediante el aporte de un familiar, pero en muchos casos se presentan dificultades por los problemas familiares que puedan tener los adultos mayores

Lo establecido en el (APA, 2014, p160.) sobre depresión, establece los siguientes puntos:

*“A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.*

*1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)*

*2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).*

3. *Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)*

4. *Insomnio o hipersomnia casi todos los días.*

5. *Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).*

6. *Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.*

7. *Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).*

8. *Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.*

**B.** *Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.*

**C.** *El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.*

**D.** *El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.*

**E.** *Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.*

*Especificar:*

- *Con características mixtas.*

- *Con características melancólicas.*
- *Con características atípicas.*
- *Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.*
- *Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo.*
- *Con catatonía.*
- *Con inicio en el parto.*
- *Con patrón estacional (sólo episodio recurrente).”*

### **Conducta.**

La conducta es definida como cualquier actividad muscular, glandular o eléctrica de un organismo y esta actividad es observable, medible y registrable. Desde una perspectiva psicológica una conducta es definida como la manera de comportarse de una persona en una situación determinada o en general y relacionadas entre un estímulo y una respuesta que permitirán explicarla y predecirla (Chavez & Tena, 2018).

### **Adulto mayor o tercera edad.**

La tercera edad, o adultez tardía, es la última etapa de desarrollo humano que va a partir de los 65 años hasta el fallecimiento, en las cuales suelen generar ciertas problemáticas que afectan no solo la salud, también la salud mental. Tales acontecimientos como la jubilación, los síndromes geriátricos, limitaciones en su autonomía y en realizar actividades instrumentales, pérdida de seres queridos pueden generar hostilidad, irritabilidad, decaimiento, apatía, aislamiento social, percepción de fracaso y de inutilidad, miedos y ansiedad (Instituto de Salud Libertad, 2021).

Los cambios y características citadas pueden incrementar el riesgo de que aparezcan síntomas depresivos, o en su caso pueden que agudicen un trastorno emocional existente en los adultos mayores, en muchos casos, los cambios pueden que se agudicen problemas de salud existentes (Ministerio de Inclusión Económico y Social, 2018).

Un trastorno emocional no tratado en adultos mayores puede durar años y existe el riesgo de que se presenten ideas suicidas (Ministerio de Inclusión Económico y Social, 2018).



## TÉCNICAS PARA LA RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de información en este caso, se utilizó la entrevista abierta, la escala de depresión geriátrica de Yesavage, la escala de autoestima de Rossemberg y la escala de valoración de actividades instrumentales de la vida diaria

### **Entrevista**

La entrevista es una técnica de recopilación de información donde participan de una o más personas para la obtención de información relevante, para la elaboración del presente estudio de caso se procede con realizar una entrevista abierta para obtener información cualitativa de la problemática a estudiarse. **Anexo A**

Por medio de esta herramienta de recolección de datos se pudo identificar los síntomas y signos presentados por el usuario, si como los antecedentes y poder obtener información relevante.

### **Historia clínica.**

Se utilizó esta herramienta para la obtención de un diagnóstico objetivo y diseñar un plan de intervención en base a los síntomas identificados en la entrevista clínica. La historia clínica es un documento en la que el profesional de salud mental va a recopilar información de diferentes aspectos que conforman la realidad del usuario; la información que recopila el profesional es de estricta confidencialidad y constituye la base para diseñar los objetivos terapéuticos y el plan de intervención esto se lo realizo mediante una hoja de apuntes, esferográfico, entrevista abierta, psicometría (inventario de depresión de Beck cuestionario de actividades básicas y actividades instrumentales de la vida diaria). **Anexo A**

### **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.**

La escala de depresión geriátrica de Yesavage es un instrumento muy utilizado para el diagnóstico de síntomas depresivos en el adulto mayor, en este caso se utiliza la versión abrevada que consta de 15 preguntas, actualmente es un instrumento utilizado en centros de salud ambulatorio en Ecuador. **Anexo B**

### **Escala de autoestima de Rossemberg.**

La escala de autoestima de Rossemberg tiene como propósito la evaluación de la autoestima del individuo, está conformado por 10 enunciados que están relacionados a como se valora la persona, su intención en este estudio de caso es determinar la percepción de autoestima del individuo. **Anexo C**

### **Escala para la valoración de actividades instrumentales de la vida diaria.**

La escala es utilizada para la valoración de la autonomía física y actividades instrumentales de la vida diaria en población adulto mayor que se encuentren institucionalizadas o no, actualmente es uno de los instrumentos más utilizados a nivel mundial para la valoración gerontológica integral, generando información necesaria para el tratamiento a nivel de cuidados diarios para adultos mayores. **Anexo D**

## RESULTADOS OBTENIDOS

De acuerdo a las técnicas mencionadas con anterioridad se lograron registrar los siguientes resultados obtenidos en las 7 sesiones trabajadas con el paciente de 85 años quien refirió en el motivo de consulta “Tengo pensamientos suicidas, mi esposa falleció hace unos meses atrás esto me a ocasionado muchos problemas”.

Por consiguiente, en la primera sesión realizada el día miércoles, 5 de octubre del 2022, el paciente acude a servicios de psicología por presentar problemas emocionales, ingresa acompañado de su hija, refiriendo presentar pensamientos relacionados con deseos de morir, es atendido en el centro gerontológico del buen vivir de la ciudad de Babahoyo, modalidad centro diurno.

Además, en la historia de cuadro psicopatológico actual el paciente refiere provenir de familia nuclear, haber procreado 4 hijos; 3 varones y 1 mujer, manifiesta desempeñarse durante toda su vida como agricultor, ya que su infancia la vivió en pobreza extrema, lo cual ocasiono a que desertara en quinto grado de escuela, a sus 19 años se comprometió, sin embargo, su esposa falleció en el 2021 debido a virus del COVID 19, por lo cual genero problemas emocionales como pensamientos de tristeza, percepción de soledad, sentimientos de culpa y castigo por lo que sucedió, refiere usuario que todos sus hijos ya no tienen tiempo ni disposición para ayudarlo, refiere incluso haber perdido las ganas de asistir a las actividades del centro gerontológico debido a que había perdido las ganas de hacer lo que solía hacer

Paciente comenta “A los 55 años fui diagnosticado con hipertensión arterial y diabetes 2, lo que me ocasiono diferentes dificultades para poder mantener mi hogar, presentaba dificultades para movilizarme debido a que mi corazón empezaba a latir muy rápido, generándome mareos y debilidad, por lo que se me limitaba a estar en ciertos lugares específicos”, lo cual genero una considerable reducción de los ingresos económicos. A la edad de 65 años, todos sus hijos ya no Vivian en su hogar, la única compañía era su esposa, sus hijos los visitaban muy poco, generando que en el usuario aparezcan pensamientos de abandono y tristeza, pues en muchas ocasiones, tenían dificultades para alimentarse las 3 veces al día.

Su hija refiere que requiere algo de ayuda para realizar sus actividades básicas de la vida diaria y sus actividades instrumentales de la vida diaria, refiere que sus hermanos solo lo llaman, pero es rara la vez que viene para ayudarlo, razón por la cual el usuario manifiesta sentir que sus hijos se han olvidado de él, generando resentimientos debido a que refiere que el si se esforzó con su esposa para que ellos se olviden de quien los ayudó.

Para la segunda sesión realizada el lunes 10 de octubre del 2022, se realizó la entrevista en la cual se pudo acotar información a la historia clínica, esto se lo ejecuto mediante una hoja y esferográfico, donde se evaluó de manera abierta aquellos acontecimientos vitales estresantes, cambios vitales, factores de riesgo suicida, antecedentes personales, familiares, sociales y sentimentales, escolares.

En cuanto a la tercera sesión realizada el 14 de octubre del 2022, se aplicación el Inventario de autoestima de Rossemberg, por cuanto, se registró todos aquellos estilos de afrontamiento del paciente ante los problemas externos de su ambiente, además de poder determinar los recursos funcionales con las que cuenta el adulto y la percepción de redes de apoyo.

En una cuarta sesión realizada el miércoles 19 de octubre de 2022 se aplicó al paciente la Escala de Depresión Geriátrica de Desavahe y escala para la valoración de actividades instrumentales de la vida diaria, donde se logró obtener los resultados esperados sobre posibles síntomas depresivos y la ausencia de iniciativa para realizar las actividades que normalmente ejecutaba antes de su situación actual.

Además, en la quinta sesión realizada el 25 de octubre del 2022, acude consulta el paciente de 85 años acompañado de su hija mayor, por lo cual se entabla una conservación activa con ambos asistentes y se explica que se dará inicio a un plan individualizado de tratamiento en el cual se trabajaran las diferentes áreas afectadas en el adulto, todo aquello con la finalidad de lograr cambios en su estado emocional y conductual.

Por cuanto, a lo mencionado con anterioridad, se estableció trabajar con el paciente los días 9 y 11 de noviembre del 2022, el plan de tratamiento donde se ejecutarán técnicas de la terapia cognitiva conductual en beneficio de su bienestar psicológico.

## **SITUACIONES DETECTADAS**

De acuerdo a las 8 sesiones trabajadas con el adulto de 85 años se pudieron determinar varias situaciones presentes en el paciente que le ocasionaban cambios a nivel psicológico y fisiológico, aquella sintomatología le ocasionaba problemas en su desenvolvimiento social y familiar.

En las primeras dos sesiones trabajadas mediante la historia clínica y la entrevista semiestructurada se detectó que el adulto de 85 años, actualmente vive solo, debido a que sus hijos no pueden visitarlo muy seguido, y dado que su esposa falleció a causa del COVID 19, evento el cual desencadenó problemas en su salud psicológica.

Ante lo mencionado en el párrafo anterior, el paciente presenta la siguiente sintomatología en las diferentes áreas afectadas por su situación actual; **Área afectiva:** Se halló que el adulto presentaba tristeza, rencor, pesimismo, culpa y frustración; **Área cognitiva:** Pensamientos de muerte, dificultad para concentrarse, ideas negativas acerca de su vida, percepción de fracasos, ideas distorsionadas sobre su yo, desvalorizaciones; **Área conductual:** Pérdida de intereses en actividades rutinarias y disminución de actividades sociales; **Área Somática:** Dificultades para conciliar el sueño y poco deseo de comer.

Por otra parte, de acuerdo a las técnicas plateadas en el presente estudio de caso se pudo obtener los siguientes resultados, los cuales afectan de manera directa a que el paciente presente pensamientos suicidas, lo cual repercute considerablemente en su conducta.

### **Resultados de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.**

El resultado obtenido al usuario de 85 años es de 13 puntos, lo que establece que el usuario tiene depresión establecida, el usuario contesta en la pregunta 11 que no es maravilloso estar vivo, confirmando lo que se había encontrado en la fase diagnóstica sobre los pensamientos de muerte.

### **Resultados de la escala de autoestima de Rossemberg.**

Los resultados de la escala de autoestima de Rossemberg aplicado al usuario evidencian una percepción negativa de sí mismo, percepción de fracaso, idea marcada de no tener habilidades y destrezas, confirmando un fuerte precedente de malestar emocional de sí mismo y de su futuro, el resultado cuantitativo obtenido es de 11 (baja autoestima).

### Resultados de la escala para la valoración de actividades instrumentales de la vida diaria.

La escala es utilizada para la valoración de la autonomía física y actividades instrumentales de la vida diaria en población adulto mayor, el resultado obtenido en la aplicación de esta escala es de puntaje 1, usuario presenta dificultad para moverse sin supervisión, dificultad para prepararse sus alimentos, dificultad para utilizar el teléfono, dificultad para realizar cualquier actividad de su casa sin supervisión de otra persona.

Tabla 1

Registro de pensamientos automáticos.

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
“Encontrarme solo en mi casa”	Lo mejor será quitarme la vida en fin nadie me va extrañar.	Tristeza – Aislamiento Ira y tristeza – Intento de muerte
“Que nadie me preste atención”	Soy un estorbo para todos los que me conocen	Tristeza - Aislamiento
“Mis enfermedades médicas y mi edad”	Pienso que no le importó a nadie, si a mis propios hijos	Tristeza-Agresividad

Nota. Pensamientos del paciente de 85 años, 2023

### Diagnostico estructural.

Los resultados que se obtuvieron en la aplicación de las técnicas e instrumentos psicológicas y tomando como referencia lo que se establece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, quinta edición DSM- V y por el CIE 10, se evidenció que el adulto mayor de 85 cumple con los criterios clínicos del trastorno depresivo grave, clasificada de la siguiente manera: Cie -10, F32.2 y DSM – V 2936.33.

Determinando que presenta Trastorno depresivo grave, el adulto mayor muestra síntomas que son la percepción de vacíos en su vida, incapacidad para reconocer logros y eventos positivos en su vida, percepción de inutilidad, ideas centradas en la muerte, percepción de no tener esperanza y marcada tristeza y soledad.

## SOLUCIONES PLANTEADAS

Con la información que se obtuvo en la fase diagnóstica, se procedió a utilizar en este caso el enfoque cognitivo conductual para la modificación de los pensamientos automáticos que generan una serie de síntomas a nivel emocional, cognitivo y conductual en el paciente de 85 años de la ciudad de Babahoyo.

Como punto principal de plan terapéutico se inició con la ejecución de técnicas conductuales las cuales tienen como objetivo que el paciente de 85 años pueda recuperar la mayor parte de funcionamiento motor, cabe mencionar que debido a su edad será imposible que el paciente recupere por completo su marcha.

### Técnicas conductuales

- Planificación y dominio
- Práctica cognitiva

**Meta terapéutica general:** Que el paciente logre recuperar su desenvolvimiento normal antes del trastorno de depresión, además de que pueda memorizar los pasos a seguir de cada tarea.

Por otra parte, también se ejecutó técnicas cognitivas las cuales permitirán modificar aquellos pensamientos que presenta el paciente a causa de su situación actual, los cuales ocasionan cambios en su estado emocional y por ende en su conducta.

### Técnicas cognitivas

- Restructuración cognitiva-detectando pensamientos
- Evaluación de pensamiento
- Retribución

**Meta terapéutica general:** Que el paciente se eduque sobre cómo sus pensamientos generan emociones y ocasionan cambios en su conducta, identifique sus pensamientos los ponga en evidencia revalorice su percepción de su situación actual.

**Tabla 3***Plan Terapéutico*

Áreas	Técnica	Meta Terapéutica	Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
<b>Cognitiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación de cómo pensamientos generan sentimientos y cambios conductuales.</li> <li>• Evidenciando pensamientos</li> </ul>	Que el paciente identifique sus pensamientos, los reconozca os evidencie y determine las emociones que se manifiestan ante este.	1	<b>9/12/2022</b>	Se logró que el paciente reconozca sus pensamientos y emociones. Los ponga a prueba y los corrija.
<b>Conductual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de acción de actividad progresiva</li> </ul>	Que el paciente se incorpore paulatinamente en actividades que realiza antes de su diagnóstico.			Se logró que el paciente realice actividades que normalmente hacia antes de su diagnóstico.
<b>Afectiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfrentando adversidades</li> </ul>	Que el paciente se aleje de su Yo contenido y refuerce su Yo contexto.	1	<b>16/12/2022</b>	Se logró que el paciente enfrente su realidad y reconozca sus recursos personales.
<b>Pensamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptación como alternativa de control</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicios y metáforas “La burbuja Azul” y “fiscalizando”</li> </ul>	Que el paciente cambie su perceptiva ante su situación actual.	1	<b>23/12/2022</b>	Se logró que el paciente recupere su autoestima. Se consiguió la resiliencia

*Nota.* Técnicas de la terapia cognitiva conductual para modificación de conducta de un adulto de 85 años, 2023



## CONCLUSIONES

En base a los datos obtenidos en la fase diagnóstica procedentes de este estudio de caso, se procedió con la atención de adulto mayor de 85 años perteneciente a la ciudad de Babahoyo, provincia de los Ríos, en donde se llega a las siguientes conclusiones:

Usuario acude a servicios de psicología por presentar problemas emocionales y de conducta a raíz de la muerte de su esposa en el 2021 y como antecedente al problema, la percepción de abandono de sus 4 hijos debido a que ellos han formado sus respectivas familias, por estas circunstancias el adulto mayor percibía que sus hijos no querían visitarlo o los estaban abandonando.

Usuario proviene de familia nuclear, tiene 4 hijos (tres hombres y una mujer), su esposa muere en los inicios de la pandemia del virus COVID 19, desde este evento empieza cambios emocionales y conductuales.

Usuario es diagnosticado con hipertensión arterial y diabetes 2 a la edad de 55 años, generando problemas para movilizarse debido a que presentaba mareos y taquicardia al realizar sus actividades diarias, generando desde esa edad problemas económicos por las dificultades que presentaba.

A sus 65 años sus hijos ya no vivían en su casa, y su única compañía era su esposa, dicho evento generó en el usuario percepción de abandono y tristeza, generando incluso dificultad para alimentarse.

Usuario con su esposa habían ingresado a los servicios que da el Ministerio de Inclusión Económica y Social en el centro gerontológico de la ciudad de Babahoyo, donde recibían actividades cognitivas, sociales, pero por la situación de emergencia que se generó por el virus COVID 19, él y su esposa se contagiaron de COVID, generando problemas de salud graves, produciendo la muerte de su esposa en el 2021 a la edad de 69 años, agravando su situación emocional y familiar.

A consecuencia de los eventos adversos presentados en este estudio de caso, usuario pierde motivaciones e intereses a raíz de la muerte de su esposa, el alejamiento de sus hijos y su percepción marcada de soledad, estas situaciones generaron ideas de “querer morir”,

haciendo que usuario muestre cuestionamientos negativos hacia si mismo, pensamientos negativos acerca de sus hijos y por la muerte de su esposa, y pensamientos negativos de su futuro.

Su estado efectivo se ve muy afectado por la muerte de su esposa y la ausencia de sus hijos, esto fue el acontecimiento relevante que generó el motivo de consulta. Los resultados obtenidos en la escala de depresión geriátrica de Yesavage dan como resultado 13 puntos, equivalente a depresión establecida, en esta escala usuario marca que no es maravilloso estar vivo, lo que confirma que se encuentra presente los pensamientos de morir, situación que fue explicada en la fase diagnóstica.

Los resultados obtenidos en la escala de autoestima de Rosseberg que se aplicó al adulto mayor dieron como resultado 11 (autoestima baja) evidenciando problemas de autoestima y autovaloración.

Los resultados obtenidos en la escala para la valoración de actividades instrumentales de la vida diaria dieron como resultado 1 (dependencia grave), en esta escala se identifica dificultad para alimentarse, vestirse, utilizar el teléfono, dificultad para realizar actividades en casa con supervisión, dificultad para movilizarse en medios de transporte.

## **RECONENDACIONES**

Se recomienda que el adulto mayor reciba atención psicológica de manera periódica, y se mantenga en actividades familiares y sociales, y siga acudiendo al centro gerontológico de la ciudad de Babahoyo para fomentar el desarrollo de habilidades sociales y pueda estar junto a otros adultos mayores para mejorar su salud mental.

## BIBLIOGRAFIA

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. (marzo de 2015). Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>

AARON BECK, J. R. (1976). *Tratamiento cognitivo conductual para la depresión*. Nueva York: Desclée de Brouwer. [https://www.academia.edu/28242118/Terapia\\_cognitiva\\_de\\_la\\_depresion\\_Aaron\\_T\\_Beck\\_19a\\_ed](https://www.academia.edu/28242118/Terapia_cognitiva_de_la_depresion_Aaron_T_Beck_19a_ed)

American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Mexico: Panamericana. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Ayala, A. E. (2017). *La depresión en el anciano/ Elsevier*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-depresion-el-anciano-13111062>

Consejo general de colegio oficial de Psicólogos. (2013). *Inventario de depresión de Beck-II Version Española*. Obtenido de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

Daniel Silva; Benjamin Vicente; Sandra Saldivia. (2013). *Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional*. Obtenido de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872013001000006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001000006)

Durkheim., E. (1960). *El suicidio*. Mexico: Planeta. <https://www.scielo.cl/pdf/cmoebio/n62/0717-554X-cmoebio-62-00140.pdf>

Gonzales & Aguinaga. (2018). *Incorporación de Guías Prácticas clínicas en el Sistema de salud ecuatoriano como estrategia para mejorar la salud y la educación médica*. Quito: MSP. [https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS\\_MEDICAS/article/view/114](https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/114)

- Herrera & Betancourt. (2000). *Factores familiares de riesgo en el intento suicida*. La Habana: Revista cubana de medicina integral. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252000000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000200005)
- Instituto nacional de estadística y censos- INEC. (2022). *Registro de egresos Hospitalarios*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>
- Instituto de Salud Libertad. (2021). Obtenido de <https://www.saludlibertad.com/psicologia-del-adulto-mayor/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (diciembre de 2022). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
- Karla Chavez Mendoza, Edgar Antonio Tena Suck. (2018). *Depresión, Manual de intervención grupal en habilidades sociales*. Manual Moderno. <https://store.manualmoderno.com/depresion-manual-de-intervencion-grupal-en-habilidades-sociales-9786074487077-9786074487114.html>
- León Tarazona, C. N. (2021). *La depresión en tiempos de covid-19: análisis del impacto de*. Surco: UMCH – Universidad Marcelino Champagnat. <http://portal.amelica.org/ameli/journal/359/3592531006/html/>
- Mayo Clinic. (2023). Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/mental-health/art-20044098>
- Ministerio de Inclusión Económico y Social. (2018). *Documento Técnico- aportes y debate desde la academia para el fomento a la calidad y la calidez en el cuidado y atención a las personas adultas mayores*. Quito: MIES.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Guía de intervención en trastornos depresivos*. Quito: MSP. [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069\\_MSP\\_Gui%CC%81a\\_DEPRESION\\_20180228\\_D.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud- MAIS*. Quito: Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud. <https://www.salud.gob.ec/wp->

content/uploads/2019/02/61069\_MSP\_Gui%CC%81a\_DEPRESION\_20180228\_D.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (11 de 2022). *INFORME TÉCNICO DE EVALUACIÓN PLAN NACIONAL ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL*. Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/11/Informe-Evaluacion-Plan-Salud-Mental\\_2014-2017\\_24\\_08\\_2022\\_Final1-signed.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/11/Informe-Evaluacion-Plan-Salud-Mental_2014-2017_24_08_2022_Final1-signed.pdf).

Ministerio de Salud Pública del Ecuador/ MSP. (2014). *Modelo de atención integral en salud mental, acuerdo Ministerial 4927*. Quito: MSP. [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069\\_MSP\\_Gui%CC%81a\\_DEPRESION\\_20180228\\_D.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf)

MSP, M. d. (2022). *Lineamientos Operativos para la Atención a Personas con Intención o Intentos suicidas en Establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Lineamiento-de-intencion-e-intentos-de-suicidio.pdf>.

Ojeda-Casares, H. (2021). *COVID-19 y salud mental: mensajes clave*. Caracas: OPS.

OMS, O. M. (03 de 2022). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

OMS, O. M. (2022). Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/depression>

OMS, O. M. (2022). *Suicidio*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

OPS, O. P. (marzo de 2022). Obtenido de <https://www.paho.org/es/hearts-americas/hearts-americas-cursos-virtuales>

Parra, C. B. (2018). *Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes*. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322018000400014](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014).

Rodriguez, A. G. (2013). *El suicidio, conceptos actuales*. Mexico: Pearsons. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58229510.pdf>

Steinmetz, L. C. (2019). *Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicancias para la prevención. Jujuy, noroeste de Argentina*. Cordova : Universidad de Cordoba.

Stengel Eduard. (2016). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2009000100006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000100006)

Universidad de Buenos Aires. (noviembre de 2018). *Psicomteria en trastornos emocionales*. Obtenido de [https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0CAMQw7AJahcKEwiA7p2T3\\_X8AhUAAAAAHQAAAAAQBA&url=https%3A%2F%2Fwww.psi.uba.ar%2Facademica%2Fcarrerasdegrado%2Fpsicologia%2Fsitios\\_catedras%2Fobligatorias%2F070\\_psicoterapias1](https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0CAMQw7AJahcKEwiA7p2T3_X8AhUAAAAAHQAAAAAQBA&url=https%3A%2F%2Fwww.psi.uba.ar%2Facademica%2Fcarrerasdegrado%2Fpsicologia%2Fsitios_catedras%2Fobligatorias%2F070_psicoterapias1)

Universidad Internacional de La Rioja. (octubre de 2022). *Universidad Internacional de La Rioja*. Obtenido de <https://www.unir.net/salud/revista/entrevista-psicologica/>

USAgob en español. (2020). Obtenido de <https://www.usa.gov/espanol/novedades/salud-mental-como-reconocer-que-hay-un-problema-y-donde-encontrar-ayuda>

Verdesoto, J. E. (2018). *Gestión administrativa en el Centro de Salud Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo*. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/4792/-E-UTB-FAFI-INGCOM-000253.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



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



**Anexo A**

**HISTORIA CLÍNICA**

**HC. # 01**

**FECHA: 05/10/2022**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**NOMBRES: JO FRA JI CA**

**EDAD: 85 AÑOS**

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: SALITRE, 05/12/1949**

**GÉNERO: MASCULINO**

**ESTADO CIVIL: SOLTERO**

**RELIGIÓN: CATOLICO**

**INSTRUCCIÓN: PRIMARIA INCOMPLETA**

**OCUPACIÓN: AGRICULTOR (ACTUALMENTE NO REALIZA ACTIVIDAD POR ENFERMEDAD)**

**DIRECCIÓN: XXXXXX**

**TELÉFONO: 012345678**

**REMITENTE: SIN REMITENTE**

**1. MOTIVO DE CONSULTA**

Usuario acude a servicios de psicología por presentar problemas emocionales, ingresa acompañado de su hija, refiriendo presentar pensamientos relacionados con deseos de morir. Usuario es atendido en el centro gerontológico del buen vivir de la ciudad de Babahoyo, modalidad centro diurno.

**2. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL**

Usuario proviene de familia nuclear, tiene 4 hijos; 3 varones y 1 mujer, dos nietos, su esposa falleció en el 2021 debido a virus del COVID 19, familiar refiere que desde la muerte de su esposa empieza a mostrar cambios conductuales y emocionales.

Usuario fue agricultor y comerciante toda su vida, proviene de una familia de 9 hermanos, 4 han fallecido, no tiene mucho contacto con resto de familiares, su infancia fue marcada por la pobreza extrema, dejó sus estudios hasta el quinto grado debido a que debían trabajar para poder cubrir las necesidades del hogar, recuerda que su padre era muy violento con su madre a quien se refiere como un padre demasiado estricto, mientras que su madre fue una persona muy dedicada a su familia, refiere que todos sus hermanos no terminaron la primaria, y apenas aprendió a leer y a escribir, presenta dificultades para realizar operaciones lógicas simples.

A los 19 años decide unir su vida con su única esposa, de nombres MA NA ZA CU, con quien tiene 4 hijos, se dedicaba a la venta de víveres en las zonas céntricas de la ciudad de Babahoyo, tiene una pequeña finca en la zona de Pimocha, en donde aprovechaba para sembrar arroz o maíz para tratar de vender los productos de manera informal. Refiere que, a pesar de las dificultades económicas presentadas, pudo lograr que sus hijos puedan culminar sus estudios secundarios, su hija con mucho esfuerzo pudo obtener un título de tercer nivel en la universidad de Babahoyo.



A los 55 años fue diagnosticado con hipertensión arterial y diabetes 2 generando dificultades para poder mantener su hogar, presentaba dificultades para moverse debido a que su corazón empezaba a latir muy rápido, generando mareos y debilidad, por lo que se limitaba a estar en ciertos lugares específicos, generando una considerable reducción de los ingresos económicos.

A la edad de 65 años, todos sus hijos ya no Vivian en su hogar, la única compañía era su esposa, sus hijos los visitaban muy poco, generando que en el usuario aparezcan pensamientos de abandono y tristeza, pues en muchas ocasiones, tenían dificultades para alimentarse las 3 veces al día.

Usuario y esposa pudieron ingresar a los proyectos del MIES en la modalidad Centro diurno en el centro gerontológico de la ciudad de Babahoyo, en donde realizaba actividades cognitivas, sociales y recibía alimentación junto a su esposa, pero por cuestiones de la pandemia generada por el COVID 19, él y su esposa se contagiaron del virus mencionado, generando fuertes dificultades en su esposa, falleciendo a la edad de 69 años, generando problemas emocionales como pensamientos de tristeza, percepción de soledad, sentimientos de culpa y castigo por lo que sucedió, refiere usuario que todos sus hijos ya no tienen tiempo ni disposición para ayudarlo, puesto que desde la muerte de su esposa pasar mucho tiempo solo, refiere incluso haber perdido las ganas de asistir a las actividades del centro gerontológico debido a que había perdido las ganas de hacer lo que solía hacer con su esposa.

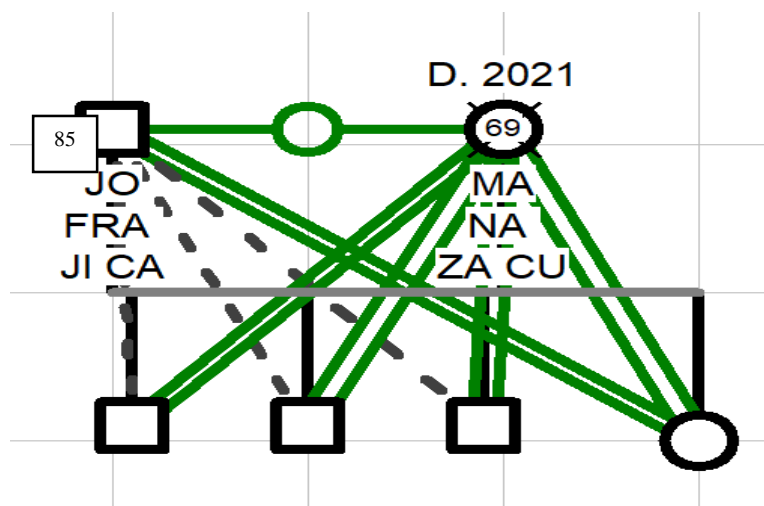
Actualmente refiere tener dificultades para moverse debió a fuertes dolores en sus huesos y recibe tratamiento en el centro de salud Enrique Ponce Luque de la ciudad de Babahoyo.

Su hija refiere que requiere algo de ayuda para realizar sus actividades básicas de la vida diaria y sus actividades instrumentales de la vida diaria, refiere que sus hermanos solo lo llaman, pero es rara la vez que viene para ayudarlo, razón por la cual el usuario manifiesta sentir que sus hijos se han olvidado de él, generando resentimientos debido a que refiere que el si se esforzó con su esposa para que ellos se olviden de quien los ayudó.

Actualmente se descuida de su imagen personal, solo quiere estar encerrado, come muy poco y presenta dificultades para dormir.

### 3. ANTECEDENTES FAMILIARES

#### 3.1. GENOGRAMA (COMPOSICIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR).





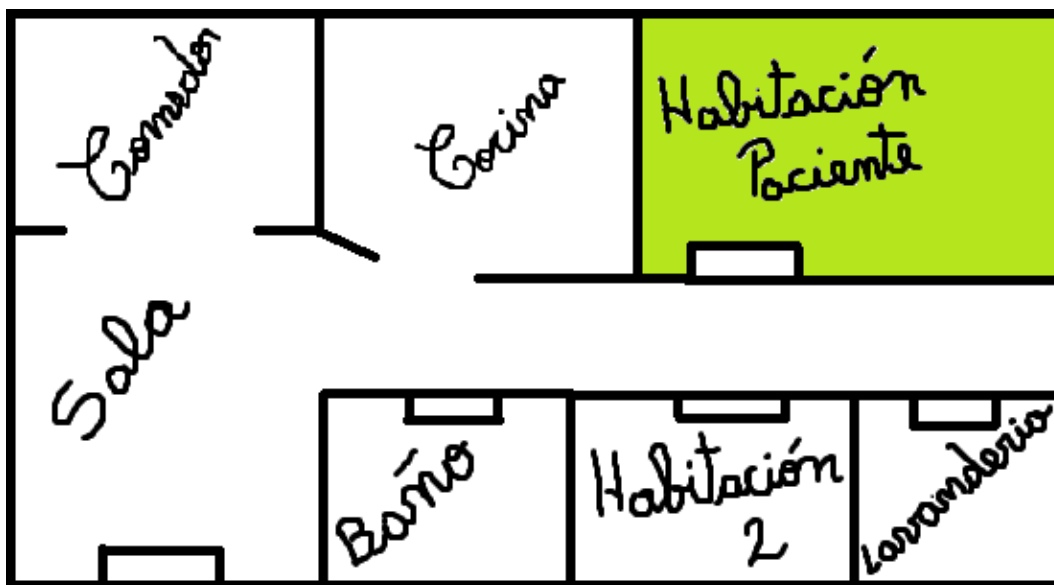
### 3.2. TIPO DE FAMILIA

Usuario proviene de familia nuclear, tiene 4 hijos; 3 varones y 1 mujer, dos nietos, su esposa falleció en el 2021 debido a virus del COVID 19, familiar refiere que desde la muerte de su esposa empieza a mostrar cambios conductuales y emocionales. Hijos varones ausentes de la vida de padre

### 3.3. ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES.

Usuario con hipertensión arterial y diabetes 2, padres de usuario murieron por antecedentes de enfermedades relacionadas al corazón (diabetes).

## 4. TIPOLOGÍA HABITACIONAL



## 5. HISTORIA PERSONAL

### ANAMNESIS

Embarazo saludable sin complicaciones, parto eutócico, recibió lactancia materna hasta los 2 años, expuso sus primeras palabras (monosílabos) a los 10 meses de nacido, dio sus primeros pasos al año 4 meses de edad, logro controlar sus esfínteres a los 3 años de edad.

### ESCOLARIDAD

Proviene de una familia de 9 hermanos, 4 han fallecido, no tiene mucho contacto con resto de familiares, su infancia fue marcada por la pobreza extrema, dejó sus estudios hasta el quinto grado debido a que debían trabajar para poder cubrir las necesidades del hogar, recuerda que su padre era muy violento con su madre a quien se refiere como un padre demasiado estricto, mientras que su madre fue una persona muy dedicada a su



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



familia, refiere que todos sus hermanos no terminaron la primaria, y apenas aprendió a leer y a escribir, presenta dificultades para realizar operaciones lógicas simples.

#### **HISTORIA LABORAL**

Toda su vida se ha dedicado a la agricultura y comercio, por enfermedad ha tenido dificultades económicas.

#### **ADAPTACIÓN SOCIAL**

Infancia fue marcada por la pobreza extrema, dejó sus estudios hasta el quinto grado debido a que debían trabajar para poder cubrir las necesidades del hogar, recuerda que su padre era muy violento con su madre a quien se refiere como un padre demasiado estricto, mientras que su madre fue una persona muy dedicada a su familia, refiere que todos sus hermanos no terminaron la primaria, y apenas aprendió a leer y a escribir

#### **USO DEL TIEMPO LIBRE**

Por enfermedad no realiza actividades comerciales, solo realiza actividades sociales en centro gerontológico en Babahoyo.

#### **AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD**

Usuario se define como heterosexual, refiere sentirse atraído hacia el sexo femenino, A los 19 años decide unir su vida con su única esposa, de nombres MA NA ZA CU, con quien tiene 4 hijos.

#### **HÁBITOS (CAFÉ, ALCOHOL, DROGAS, ENTRE OTROS)**

No consumen ningún tipo de sustancia perjudicial para su salud

#### **ALIMENTACIÓN Y SUEÑO**

Dificultad para dormir, refiere dormir menos de 5 horas, se despierta con frecuencia, disminución de apetito.

#### **HISTORIA MÉDICA**

Hipertensión arterial y diabetes 2

#### **HISTORIA LEGAL**

No refiere problemáticas concernientes al ámbito legal

#### **PROYECTO DE VIDA**

Usuario tuvo 4 hijos con su esposa, todos sus hijos son bachilleres, su hija tiene estudios de tercer nivel.

#### **EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL**

#### **FENOMENOLOGÍA**

Paciente de somatotipo ectomorfo, muestra decaimiento.





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



**ORIENTACIÓN**

No presenta dificultades para situarse en tiempo y espacio

**ATENCIÓN**

Presenta dificultades para concentrarse en las actividades del trabajo y hogar

**MEMORIA**

No refiere problemáticas al momento de evocar, retener y asimilar información

**INTELIGENCIA**

No refiere problemáticas en el área intelectual

**PENSAMIENTO**

Presenta pensamientos pesimistas respecto a su futuro, baja valoración propia, culpa excesiva e ideas suicidas.

**LENGUAJE**

El paciente se expresa oralmente de forma lenta, con poca firmeza y un tono de voz bajo.

**PSICOMOTRICIDAD**

No refiere problemáticas referentes a la psicomotricidad

**SENSOPERCEPCION**

No refiere dificultades respecto a la sensopercepción

**AFECTIVIDAD**

El paciente se mostraba poco afectivo, se evidencia duelo por muerte de su esposa.

**JUICIO DE REALIDAD**

No refiere problemáticas

**CONCIENCIA DE ENFERMEDAD**

No presenta conciencia de su padecimiento, de tal manera que acude de forma obligada a atención psicológica

**HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS**

Percepción de querer morir por ausencia de mujer y pensamientos de abandono de sus hijos

**PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS**

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE; DEPRESION GRAVE (27); ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSSEMBERG- BAJA AUTOESTIMA (12).

**6. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO**





Registro de pensamientos automáticos.

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>“Encontrarme solo en mi casa”</b>	Lo mejor será quitarme la vida en fin nadie me va extrañar.	Tristeza – Aislamiento Ira y tristeza – Intento de muerte
<b>“Que nadie me preste atención”</b>	Soy un estorbo para todos los que me conocen	Tristeza - Aislamiento
<b>“Mis enfermedades médicas y mi edad”</b>	Pienso que no le importó a nadie, si a mis propios hijos	Tristeza-Agresividad

Nota. Pensamientos del paciente de 85 años, 2023

#### **6.1. FACTORES PREDISPONENTES:**

Muerte de esposa, percepción de abandono de sus hijos

#### **6.2. EVENTO PRECIPITANTE:**

Aislamiento de actividades sociales y personales, llanto

#### **6.3. TIEMPO DE EVOLUCIÓN:**

1 año 7 meses

#### **7. DIAGNÓSTICO SINTOMÁTICO**

Trastorno depresivo Grave sin síntomas psicóticos (F322)

#### **8. PRONÓSTICO**

Positivo

#### **9. RECOMENDACIONES**

Acudir a terapia psicológica

Fortalecer relaciones familiares Realizar actividades de ejercicios física

Mantener una rutina de sueño adecuado

Destinar el tiempo libre a actividades recreativas (juegos de mesa, reuniones en centro diurno, etc.)





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



*Plan Terapéutico, 2023*

Áreas	Técnica	Meta Terapéutica	S	Fecha	Resultados Obtenidos
<b>Conductual</b>	Planificación y dominio	Lograr que el adulto recupere su funcionamiento habitual, mediante la planificación de tareas graduales	1	<b>09/11/2022</b>	Se consiguió que le paciente recupere parcialmente su funcionamiento cotidiano, además logro identificar y corregir aquellos pensamientos automáticos que le generan cogniciones negativas sobre su situación actual, finalmente el paciente cambio su forma de ver el problema, atribuyendo la responsabilidad a quien verdaderamente le corresponda.
<b>Afectiva:</b>	Practica cognitiva	Lograr que el adulto identifique posibles obstáculos en la ejecución de sus tareas.			
<b>Pensamiento:</b>	Reestructuración cognitiva- detectando pensamientos	Lograr que el adulto reconozca sus pensamientos los evalúe y los corrija	1	<b>11/11/2022</b>	
	Evaluación de pensamiento				
	Retribución	Lograr que el adulto cambie su forma realista de ver su situación actual			

*Nota.* Técnicas de la terapia cognitiva conductual para modificación de conducta de un adulto de 85 años, 2023





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



Anexo B

RESULTADO DE ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE

Edad: 85	Años	Meses	Fecha de aplicación:	Aplicado por: Leibelth Vaca
<b>INSTRUCCIONES:</b> Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA 1.				
	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	si	<b>NO</b>	
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	<b>SI</b>	no	
3.	¿Siente que su vida está vacía?	<b>SI</b>	no	
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	<b>SI</b>	no	
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	si	<b>NO</b>	
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	<b>SI</b>	no	
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	<b>NO</b>	
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	<b>SI</b>	no	
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	<b>SI</b>	no	
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	<b>SI</b>	no	
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	si	<b>NO</b>	
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	<b>SI</b>	no	
13.	¿Se siente lleno de energía?	si	<b>NO</b>	
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	<b>SI</b>	no	
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	<b>SI</b>	no	
Las respuestas que indican depresión están en <b>NEGRITA Y MAYÚSCULAS</b> . Cada una de estas respuestas cuenta <b>1 PUNTO</b> .			Total: 13	
<b>FIRMA DEL EVALUADOR</b> 				
<small><sup>1</sup> Sheikh JI, Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986; 5:165-172.</small>				

Puntúa 13 arrojando una **DEPRESIÓN ESTABLECIDA**





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



RESULTADO DE ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)  
(Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

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

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

Resultado = 11 (baja autoestima)

Puntúa 11 arrojando una **AUTOESTIMA BAJA**, cabe recalcar que en esta escala de ROSENBERG las preguntas 2, 5, 8, 9,10 son puntuadas inversamente.





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



Anexo D

RESULTADOS DE LA ESCALA PARA LA VALORACIÓN DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA.

Nombre de la Unidad de Atención:				
85 Edad	Años:	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por: <i>Leibeth Vera</i>
A continuación encontrará 8 ítems correspondientes a actividades instrumentales de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.				
<b>1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:</b>				
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia				1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares				1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar				1
- No utiliza el teléfono				0
<b>2. HACER COMPRAS:</b>				
- Realiza todas las compras necesarias independientemente				1
- Realiza independientemente pequeñas compras				0
- Necesita ir acompañado para cualquier compra				0
- Totalmente incapaz de comprar				0
<b>3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>				
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente				1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes				0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada				0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas				0
<b>4. CUIDADO DE LA CASA</b>				
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional ( para trabajos pesados)				1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas				1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza				1
- Necesita ayuda en todas las labores de casa				1
- No participa en ninguna labor de la casa				0
<b>5. LAVADO DE LA ROPA</b>				
- Lava por sí solo toda la ropa				1
- Lava por sí solo pequeñas prendas				1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro				0

*Leibeth Vera*

<sup>1</sup> Tomado de: Trigas-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72 (1):11-16 Recibido: 15/10/2011; Aceptado:03/01/2011







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



SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN INTERGENERACIONAL  
DIRECCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	0
- No viaja	0
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	1
- Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos	1
- Incapaz de manejar dinero	0
<b>TOTAL:</b>	<b>1</b>

Puntuación total: 8 puntos.

En mujeres (8 funciones):	En hombres (5 funciones):
Dependencia total 0-1 Dependencia grave 2-3 Dependencia moderada 4-5 Dependencia ligera 6-7 Autónoma 8.	Dependencia total 0 Dependencia grave 1 Dependencia moderada 2-3 Dependencia ligera 4 Autónomo 5.

\*La diferencia de puntaje se da porque en las tareas domésticas es donde más se nota la tradición, las mujeres que son ahora adultas mayores, han tenido mayor responsabilidad a la hora de cocinar, lavar la ropa y arreglar la casa o hacer el aseo de la misma. Es por ello que, en las respuestas más independientes de cada uno de estos ítems, son las mujeres las que poseen mayor porcentaje y tiene un mayor nivel de organización para su realización. En cambio, algunos hombres necesitarían ayuda de otra persona o supervisión, para realizar estas actividades y esto no está relacionado con su nivel de dependencia o independencia sino más bien con su tradición cultural. <sup>2</sup>

Las 5 funciones valoradas en hombres son:

1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:
2. HACER COMPRAS:
6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:
8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO

FIRMA DEL EVALUADOR

<sup>2</sup> Tomado de: Acosta G. María C. (2013). Capacidad funcional en las personas mayores según el género. (Trabajo de fin de grado). Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4794/4/tfg-h8.pdf>

Obtuvo una puntuación de 1 en el cual dio como resultado **DEPENDENCIA GRAVE**, cabe recalcar que en esta escala de Lawton y Brody (actividades instrumentales de la vida diaria) en los hombres solo se evalúan las preguntas 1, 2, 6, 7, 8

