



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

**DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL**  
**EXAMEN COMPLEXIVO**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE**  
**PSICÓLOGA CLÍNICA**

**TEMA:**

**PENSAMIENTOS EGODISTONICOS Y SU INCIDENCIA EN EL TRASTORNO**  
**DEPRESIVO MAYOR EN UN PACIENTE**

**AUTORA:**

**SOLMAIDA LISBETH CASTRO GUILLIN**

**TUTORA:**

**PSI. FANNY LOPEZ TOBAR MSC.**

**BABAHOYO – ABRIL- 2019**



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



**DEDICATORIA**

El siguiente proyecto lo quiero DEDICAR a todas las personas que siempre me han apoyado a culminar una etapa muy importante en mi vida profesional, en especial lo dedico a DIOS, por regalarme la vida ya que sin ella nada de esto se hubiese concretado.

A mis padres por estar pendiente de mí, y sobre todo por todo su apoyo incondicional.

A mis compañeras de aula, gracias por haber compartido conmigo esta linda etapa junto a mí.



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



**AGRADECIMIENTO**

El agradecimiento de este proyecto va dirigido a DIOS, a mis Padres por ser esa fortaleza constante en mi vida, a mis docentes de esta noble institución educativa, por ser guías del saber, a mis compañeras de aula por siempre ser más que eso, por ser mis amigas, a toda mi familia que me brindaron su apoyo y me alentaron a seguir cumpliendo mis sueños.



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



**CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL DOCUMENTO  
PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN  
COMPLEXIVO PREVIA A LA SUSTENCIÓN.**

**Babahoyo, 25 de abril de 2019**

En mi calidad de Tutor del documento probatorio dimensión práctica del examen complejo, designado por el Consejo Directivo con oficio N: **CP 077 (9)**, con fecha de **01 de Abril 2019**, mediante resolución **CD- FAC.C.J.S.E SO-003- RES-002-2019** certifico que el Srta. **Solmaida Lisbeth Castro Guillin**, ha desarrollado estudio de caso titulado:

**PENSAMIENTOS EGODISTONICOS Y SU INCIDENCIA EN EL TRASTORNO  
DEPRESIVO MAYOR EN UN PACIENTE**

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo al egresado, reproduzca el documento definitivo del documento probatorio dimensión práctica del examen complejo y lo entregue a la coordinación de la carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.

---

**PSI. FANNY LOPEZ TOBAR MSC.**  
**DOCENTE DE LA FCJSE.**



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



**Babahoyo 26 de Abril del 2019**

**INFORME FINAL DEL SISTEMA DE URKUND**

En mi calidad de Tutora del Documento Probatorio dimensión práctica del Examen Complexivo de la señorita **Castro Guillin Solmairda Lisbeth**, cuyo tema es: **INCIDENCIA DE LOS PENSAMIENTOS EGODISTONICOS EN EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR DE UN PACIENTE**, certifico que el trabajo investigativo fue analizado por el Sistema Antiplagio *Urkund*, obteniendo como porcentaje de similitud el 9%, resultados que evidenciaron las fuentes principales y secundarias que se deben considerar para ser citadas y referenciadas de acuerdo a las normas de redacción adoptadas por la institución.

Considerando que, el Documento Probatorio dimensión práctica del Examen Complexivo, el porcentaje máximo permitido es el 10% de similitud, queda aprobado para su publicación.

Por lo que se adjunta una captura de pantalla donde se muestra el resultado del porcentaje indicado:

**PSIC.CLIN. FANNY LOPEZ TOBAR MSC.**  
**DOCENTE DE LA FCJSE**



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



**AUTORIZACION DE LA AUTORIA INTELECTUAL**

Yo **Solmaida Lisbeth Castro Guillin**, portadora de la cedula de Ciudadanía **120747509-4**, en mi calidad de autor(a) del documento probatorio dimensión practica del examen complejo, previo a la obtención del título de **Psicóloga Clínica**, declaro que soy autor(a) del presente trabajo de investigación, el mismo que es original, autentico y personal con el tema :

**PENSAMIENTOS EGODISTONICOS Y SU INCIDENCIA EN EL TRASTORNO  
DEPRESIVO MAYOR EN UN PACIENTE**

Por la presente autorizo a la Universidad Técnica de Babahoyo, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen

*Solmaida Castro G*  
**SOLMAIDA LISBETH CASTRO GUILLIN**  
**120747509-4**



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



RESULTADO DEL TRABAJO DE GRADUACION DIMENSION PRÁCTICA  
 DEL EXAMEN COMPLEXIVO

EL TRIBUNAL EXAMINADOR DEL PRESENTE DOCUMENTO PROBATORIO  
 DIMENSION PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO, TITULADO:

PENSAMIENTOS EGODISTONICOS Y SU INCIDENCIA EN EL  
 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN UN PACIENTE.

PRESENTADO POR LA SEÑORITA: SOLMAIDA LISBETH CASTRO GUILLIN

OTORGA LA CALIFICACION DE :

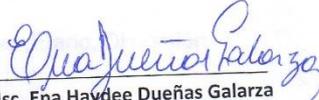
9,30

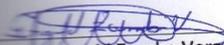
EQUIVALENTE A:

Nueve con treinta

TRIBUNAL:

  
 Msc. Walter Adrian Cedeño Sandoya  
 DELEGADO DEL CIDE

  
 Msc. Ena Haydee Dueñas Galarza  
 DOCENTE ESPECIALISTA

  
 MSc. Ingrid Zumba Vera  
 DELEGADA DE LA DECANA

  
 Ab. Isefa Berruz Mosquera  
 SECRETARIA DE FCISE



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



## RESUMEN

La presente investigación hace un análisis de como las persistencias de los Pensamientos Egodistonicos en la mente humana incide en la presencia y desarrollo del Trastorno Depresivo Mayor, así como en estrategias de evaluación diagnostica e intervención psicoterapéutica enfocada principalmente en los modelos psicoterapéuticos cognitivo conductual y sistémico.

La persona participe y principal beneficiado del presente trabajo investigativo resulto ser una adulta mayor Atendida en la Sede del Adulto Mayor del GAPD de La Parroquia San Juan quien estuvo dispuesta a colaborar con la terapeuta y a participar en las diferentes etapas del proceso terapéutico, al finalizar del estudio se obtuvieron cambios satisfactorios en el estado de ánimo del paciente.

**PALABRAS CLAVES:** Egodistonico, Trastorno depresivo ,Etario, Distorsión.

## ÍNDICE GENERAL

Caratula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Certificado de aprobacion del tutor.....	iv
Certificado del sistema urkund.....	v
Autorizacion intelectual.....	vi
Resultado de grado.....	vii
Resumen.....	viii
1. INTRODUCCION.....	1
2. DESARROLLO.....	2
3.CONCLUSIONES.....	19
4. BIBLIOGRAFIA.....	20
5. ANEXOS.....	21

## INTRODUCCION

Los Pensamientos Egodistonicos comúnmente conocidos también como pensamientos intrusivos y/o parasitarios que perturban la estabilidad emocional de los individuos por lo que resulta importante indagar su origen, ya que este varía según la persona, así mismo como segunda variable se aborda la etiología del Trastorno Depresivo Mayor ya que es uno de trastornos mentales que más afecta a la sociedad contemporánea y especialmente a personas de la tercera edad.

La iniciativa de realizar esta investigación nació en el transcurso del tiempo que realice las practicas pre-profesionales durante las cuales atendí adultos mayores en los que se hacía notable la inferencia de estos pensamientos en su estado de ánimo, la Línea de investigación de la Carrera de Psicología de este trabajo de investigación aborda la prevención y diagnóstico y como Sub- Línea de investigación enfocada en el funcionamiento socio afectivo en el ámbito familiar y su influencia en el proceso de enseñanza aprendizaje. En la introducción se hace una síntesis del manifiesto del desarrollo del caso abordado.

Dentro de la parte concerniente al Desarrollo de la Investigación tenemos como primer punto la justificación en la cual se explica la importancia, el aporte, beneficiarios, viabilidad y factibilidad de este estudio de caso, como punto consiguiente está el objetivo en el cual se plantea que se pretende obtener con la realización de este trabajo además de varias posturas teóricas que abordan las variables inmersas en el presente trabajo investigativo.

Se presentan además las técnicas empleadas la recolección de información, así como los resultados obtenidos de la aplicación de estos instrumentos además se detalla el esquema terapéutico aplicado para mejorar el estado emocional del paciente, por último, se dan a conocer conclusiones y recomendaciones surgidas de la investigación as como el sustento la bibliográfico del proyecto.

## **DESARROLLO**

### **JUSTIFICACIÓN**

Esta investigación es importante pues nos permitirá conocer, identificar y visualizar que tipo de pensamientos se camuflan tras la conducta el estado anímico disminuido en este la depresión mayor y de cómo estas disfunciones cognitivas afectan al sujeto en todas las áreas de su desenvolvimiento funcional.

El desarrollo es trascendente debido a que aportara herramientas y estrategias metodológicas que evalúen la Incidencia de los Pensamientos Egodistonicos en el Trastorno Depresivo Mayor lo que a su vez será de enorme impacto debido a que dará apertura a políticas de promoción y prevención enfocadas a al bienestar y salud del adulto mayor sino también de la población en general, pues este tipo de pensamientos no son una característica esencial de este grupo etario sino por el contrario se pueden presentar a cualquier persona.

El principal beneficiado del presente trabajo investigativo será la adulta mayor que participo en las entrevistas y sesiones psicoterapéuticas que se llevaron a cabo para la consecución del mismo, además directamente se encontrara beneficiado su entorno familiar y social al interior del centro gerontológico pues como principal benefició tendrá mejoría en su estado de ánimo lo que por consiguiente mejorara su interacción social.

Este estudio es factible y además viable de realizar debido a que cuenta con el consentimiento de la adulta mayor atendido en este centro gerontológico además de las autoridades encargadas de la dirección de la misma quienes han facilitado la autorización y puesto a disposición las instalaciones de esta institución, los recursos materiales y metodológicos proceden de la realizadora del mismo.

## **OBJETIVO**

Evaluar la Incidencia de los Pensamientos Egodistonicos en el Trastorno Depresivo Mayor en un paciente

## **SUSTENTOS TEÓRICOS**

### **Pensamiento Egodistonico**

El concepto de egodistonía, según (Vidales, 2015) del cual parte el adjetivo Egodistonico, que hace referencia a la existencia de alguna característica o elemento el cual genera malestar o incomodidad a la o personas que las poseen debido a al hecho de contraría o resulta incongruente con los valores, manera de ser o de pensar o las creencias de dichas personas.

La egodistonía es paradójica a las propias creencias de las que forma parte, cuando esta se vuelve una constante denegación del yo, consiste en cambios o la presencia de actos, actitudes, pensamientos o incluyendo en los aspectos físicos realizados o tenidos por un individuo y que son paradójico a lo que su sistema de valores o dogmas, se da entonces una distorsión cognitiva, irritación o angustia derivado de la desarmonía en la incongruencia entre uno y otro pensamiento, atentando contra el “ser” del individuo.

Ello puede dirigimos a circunstancias frustrante de manera reiterada o repentinamente a situaciones de no permitirse a expresarse o resolverse la discordancia, aquello conlleva a padecer de estrés y que incluso puede evolucionar a, alguna psicopatología. Así, como los ideas egodistónicas que va ser ambiguo siempre que no se haga algo por imponer que deje de serlo.

Como definición de egodistonía Paidós. (Bertrand, psicológicamente hablando, 2013) resulta fácilmente más complejo si al mismo modo valoramos su opuesto: el ego

sintonía. Tenemos como concepto, ego sintónico se refiere al pensamiento, atributo, impulsos, actitudes de cómo se percibe a sí misma, acción poseída o realizada que parece incongruente con el nivel de valores y creencias que esta mantiene.

Contrario al concepto anterior esta lo egodistónico que es el resultado de seguir las propias convicciones: lo que cada uno de nosotros piensa o cree que es adecuado, por lo general nuestros pensamientos, atributos, maneras de actuar o ser y actos concretos son egosintónicos pero cuando el individuo se encuentra afectado emocionalmente por algún suceso externo lo pensamientos suelen transformante en pensamientos disonantes o egodistonicos.

Pase a que evidentemente lo egodistónico nos provoca malestar, sin embargo, tiene cosas positivo: como que nos manifiesta que existe una disociación entre los valores y creencia /pensamiento/acción, de tal manera que nos permite acceder o valorar mediante el cuestionamiento y/o las creencias detrás del conflicto y poder analizando y laborar para alcanzar que exista el bienestar. En circunstancia de que no manifestase dicha molestia, intentar modificar algo resultaría menos delicado al no haber una motivación para ello.

Las causas de la coexistencia de elementos Egodistonicos pueden llegan a ser muy variables. Pueden manifestarse de la manera de existir desde el miedo a vivir o efectuar las acciones o pensamientos pese a no desear hacerlos, o bien el temor a ser valorados negativamente o a las repercusiones de hacer algo que sí deseamos y está en armonía con nuestro ser.

Otros posibles motivos creencias serían las o asociación que equipara entre las idea y acción (tener en cuenta que es lo igual pensar algo que hacerlo), la sobrevaloración de un hechos o pensamiento fijos en vínculos a niveles de valores o la coexistencia de una elevada auto exigencia. Hay que tener en cuenta que la personalidad es otro factor a tener en cuenta.

En la mayoría de los casos constantemente existe influencia de las enseñanzas y aprendizajes realizados culturalmente. Otro factor que inciden en los valores son los modelos de crianza y parentales, así como se copia los modelos de conducta en que predomina la autocrítica. El respeto a la autoridad o el resultado de la tensión social percibida (sea ésta real o no) además tiene gran predominio a la hora de que algo pueda ser o tornarse egodistónico.

Lo egodistónico supone una dificultad para el individuo a menos que se realice algo para que deje de serlo. En esta situación, existen dos alternativas principales: o más bien se modifica la fase de valores de tal modo que hacemos relación coherencia con la realidad vivida, de manera que lo que nos generaba angustia ya no lo hace al ser ahora permisible en la nueva manera de percibir las cosas, conforme se va modifica los pensamientos de tal modo que se haga coherencia con la fase de valores actual.

Qué elección tomar puede ser complejo de decidir, y en ello pueden modificar gran media de variables. Pase a que, debemos tener en cuenta de que estamos hablando de un parte se nuestro propio ser, con la estrategia más adaptativa es por lo habitual modificar el sistema de creencias y valores de esta manera podamos aceptarnos y hacer que aquella parte deje de ser egodistónica.

En situaciones lo que hay que modificar son los actos que al individuo le resultan incongruentes, no con nuestras creencias sino con quién o cómo somos, en esta situación, sí sería conveniente realizar la modificación en la conducta problema en cuestión, por ejemplo, si un individuo inmensamente sumiso a base del aprendizaje podría llegar a intentar ser asertivo debido a que dicha interrupción está en contra de su manera de ser.

### **Trastorno depresivo mayor**

Como característica fundamental de un trastorno depresivo mayor (CIE-10, 2014) nos dice indica que es un curso clínico se determina por uno o más episodios depresivos

mayores sin presencia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos, hay que tener en cuenta ante de diagnosticar ya que no se tienen en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias ni los trastornos del estado de ánimo asociado a enfermedad médica.

Tenemos que tener en cuenta que los episodios no se explican principalmente por la síntomas de un trastorno esquizoafectivo (APA, 2014) o un trastorno esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificad, tenemos el tercer dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor señala si se trata de un episodio único (utilizado sólo para los primeros episodios) o si es reiterante. En ocasiones es sencillo diferenciar un episodio único con sintomatología fluctuantes de dos episodios independientes. Por lo general el manual indica que si se considera que ha terminado un episodio cuando este no cumplen con todo el ítem para un episodio depresivo mayor por lo general durante 2 meses seguidos.

El cuarto dígito en el código diagnóstico del trastorno depresivo mayor señala la condición de la alteración. Si se cumplen los ítems para un episodio depresivo mayor, se señalará la gravedad del episodio como leve, moderado, grave y sin síntomas psicóticos o grave con síntomas psicóticos. Si no se llegara a cumplir con los criterios de diagnóstico al momento para un episodio depresivo mayor, el cuarto dígito se señala que si el trastorno está en remisión parcial o en remisión total.

Si se manifiesta un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco en el trascurso de un trastorno depresivo mayor, el diagnóstico será trastorno bipolar. No obstante, si los síntomas maníacos o hipomaníacos se presentan como consecuencia directa de un tratamiento antidepresivo, la ingesta de otros medicamentos, sustancias o de la exposición a tóxicos, igualmente seguirá diagnosticándose como trastorno depresivo mayor se incluirá como trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con sintomatología maníaca (o con síntomas mixtos). Las sintomatologías maníacos o hipomaníacos es por la enfermedad médica, seguirá siendo apropiado diagnosticar trastorno depresivo adicional de trastorno

del estado de ánimo debido a enfermedad médica, con síntomas maníacos (o con síntomas mixtos).

Los pacientes con trastorno depresivo mayor internados en el geriátricas tienen mayor riesgo de muerte en el primer año de internamiento. En la en consultas medicinas, los pacientes mostraron trastorno depresivo mayor ya que son más propenso a padecer enfermedades físicas y un declive en actividad física, social y personal.

El trastorno depresivo mayor(Ferguson, 2014) manifiesta que puede manifestarse a cualquier edad, por lo general en promedio se presenta al inicio de la tercera década de la vida. El curso del trastorno depresivo mayor, recidivante, es variable. Varios pacientes mostraron episodios por muchos años sin presentar sintomatologías depresivas, por lo general que otras padecen episodios agrupados, inclusive otras padecen episodios reiteradamente con más frecuentes a medida que se hacen mayores. Algunos datos mencionan, que los períodos de remisión duran más en etapas tempranas en el transcurso del trastorno.

Los síntomas con episodios previos son predictores de las probabilidades de padecer un episodio depresivo mayor posterior. Se esperar que el 50-60 % de los individuos que padecen trastorno depresivo mayor (OMS, Depression, estadísticas, 2014), episodio único, Los individuos que han tenido un segundo episodio tienen la probabilidad un 70 % de tener un tercero y los individuos que han padecido tres episodios tienen un 90 % de riesgo a tener el cuarto. Entre el 5 y el 10 % de los individuos con un trastorno depresivo mayor o episodio único, manifestaran un episodio maníaco (p. ej., presentan un trastorno bipolar I).

Estudios informan (OMS, Depression, estadísticas, 2014) del curso natural luego que se ha diagnóstico un episodio depresivo mayor después del 1 año el 40 % los paciente muestran aún síntomas que son de gravedad como para diagnosticar un episodio depresivo mayor, más o menos el 20 % siguen padeciendo aun algunos síntomas que no

cumplen los ítem completos para un episodio depresivo mayor el 40 % no padece de algún trastorno del estado de ánimo.

### **Modelo cognitivo de la depresión de Beck**

Según el modelo cognitivo de la depresión (Miranda, 2015) indica que las disfunciones cognitivas forman parte del centro de la depresión y todos los efectos asociados a esa enfermedad son el resultado de tales disfunciones. En el cual el modelo cognitivo se basa en tres conceptos «sustrato psicológico de la depresión»: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. Estos elementos contribuyentes interactúan entre sí para finalizar en depresión. Tenemos el siguiente esquema «representaciones mentales».

Beck (Beck, 2014) Utiliza esta terminología para manifestar por qué los individuos deprimidos persisten en actitudes derrotistas y que les ocasionan dolencia, inclusive «pese a mostrarse factores positivos en su vida». En el momento que una persona se enfrenta una circunstancia en particular, se activa el esquema vinculado con tal situación. El sujeto «categoriza y evalúa sus experiencias mediante un matriz de esquemas». Se aclara que, en fases desarrolladas de la depresión, el sujeto se ve «preocupada con pensamientos negativos constantes y repetitivos».

Este error en el proceso de la información se definen por un «sesgo negativo sistemático al instante de procesar la información relacionado al propio sujeto, esto no indica a que sea una distorsión de la "realidad objetiva"». Se identificaron algunos sesgos que (Bertrand, 2013) plantea que permiten al sujeto persistir en su creencia pese a que se muestre con evidencia contradictorias: hipergeneralización excesiva, filtraje, maximización y minimización, personalización e ideas absolutista dicotómico. Estos errores incrementan la probabilidad de que el individuo desarrolle la tríada cognitiva.

### **Tríada cognitiva**

De acuerdo a la investigación de Aarón Beck (Nezu, 2016) con Albert Ellis la depresión es el resultado de las distorsiones cognitivas tales como una visión irreal de la propia personalidad, las distorsiones cognitivas es el primordial desorden, todas las formas de psicopatología, manifiestan algún tipo de desorden del pensamiento por lo que nadie puede conocer la realidad de la forma absolutamente objetiva y que la apreciación que cada sujeto hace de su mundo a sus experiencias pasadas.

Esta tríada está en tres modelos cognitivos principales que incita al usuario a considerarse a sí mismo por lo que si son estos supuestos y creencias de la persona lo que facilitan la aparición de sesgos y errores en el procesamiento de la información si facilitamos al usuario a fijar la precisión y los beneficios de sus ideas o pensamientos, a través de una revisión minuciosa de estos datos, alcanzaremos una síntesis de la propia idea y una respuesta adaptativa del paciente, para esto sería conveniente utilizar estrategias cognitivas conductuales en el proceso psicoterapéutico de la depresión y mejorar la calidad de vida.

## **TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION**

**La Entrevista Clínica** (Rojas, 2016) tiene como finalidad principal conocer las pautas y formas de vivir del sujeto, desentrañar características valiosas y patológicas del sujeto, siempre tiene una utilidad para la persona entrevistada, pues contribuye a la sinceridad, tomar en cuenta el beneficio que se va obteniendo o no, en este caso fue de enorme importancia su utilización brindó una visualización más amplia de como este trastorno afecta en el diario desenvolvimiento del sujeto. ANEXO 1

**La Historia clínica** se utilizo para recolectar información personal de sus antecedentes hasta la actualidad de la paciente e indagar por medio de estas sobre el origen de su problemática y determinar posibles alternativas de solución a las mismas. ANEXO 2

Otra herramienta auxiliar **“Guía de observación”** que son instrumentos de investigación y evaluación y recolección de datos, esta aporta información importante referente al comportamiento, cambio de aptitud, latencia, prosodia, lenguaje lo que para el observador clínico aporta datos adicionales para corroborar el diagnóstico. ANEXO 3

Para determinar el nivel de ansiedad del usuario se empleó el test **“Escala de ansiedad de Hamilton”** (autor: Max Hamilton), esta escala es una de las herramientas más utilizadas en investigaciones psicológicas sobre ansiedad, en el presente trabajo de investigación fue de enorme utilidad para determinar los niveles de ansiedad patológica presente en el adulto mayor. ANEXO 4

**Escala de depresión geriátrica** (autor: Sheikh Yesavage) que se utilizó con la finalidad de determinar el grado de depresión subyacente en el adulto mayor. ANEXO 5

**El Cuestionario de Pensamientos Automáticos** (autores: Hollon y Kendall) se utilizó para que el paciente haga conciencia del tipo de pensamientos que irrumpen en su psique y para de esta manera poder realizar la respectiva clasificación de los mismo acorde a su replicación en intensidad. ANEXO 6

## **RESULTADOS OBTENIDOS**

### **Desarrollo del caso**

Sra. B. Se trata de una paciente de 74 años, viuda, nacida en Babahoyo en agosto de 1944. Su educación es secundaria completa y actualmente vive en un Albergue de Babahoyo.

Paciente acude a consulta por voluntad propia, manifiesta que es la primera vez que acude en busca de ayuda, debido a que es una situación la cual nunca antes le ha sucedido

el sentirse triste y sola sobre todo cada vez que piensa en su mamá. Sobre todo, cuando se encuentra sola, piensa “porqué se murió y me dejó”; después se tranquiliza un poco diciendo, “en parte, mejor que primero se haya ido ella y no yo, para que no sufra, tendría más achaques”.

Cabe indicar que las relaciones interpersonales al interior del Centro Gerontológico son limitadas; asiste a un club dentro de la institución, pero tiene poca participación, tiene conocidas con quienes ocasionalmente conversa pero no entabla amistades, “soy medio huraña, no soy amiguera, no soy sociable”. “Al verme con gente extraña no me siento en confianza”. Evita acudir a reuniones sociales, “no me gusta ir”, “no me gusta bailar”, o pone pretextos.

La evaluación del caso se desarrolló a lo largo de cinco entrevistas, cada una con una duración de 45 minutos, y que comprendieron las siguientes etapas:

En la Primera Entrevista realizada el 01-04-2019, luego de establecer el rapport, se anotaron los datos de filiación del paciente, y de su grupo familiar además se anotaron el motivo de consulta, también la síntesis e irrupción del cuadro psicopatológico y se comenzó con la anamnesis de la paciente.

En la Segunda Entrevista realizada el 03-04-2019, se registró la historia familiar, y se indagaron los antecedentes psicopatológicos familiares. También se realizó la anamnesis del paciente, cabe indicar que las guías de observación se utilizaron durante todas las sesiones.

En las Tercera y cuarta Entrevista realizadas los días 05 y 08-04-2019, se llevaron a cabo la aplicación de pruebas psicométricas (Escala de ansiedad de Hamilton, Escala de

depresión geriátrica y el Cuestionario de Pensamientos Automáticos) con el objetivo de cuantificar los rasgos psicopatológicos.

En la Quinta Entrevista realizada el día 10-04-2019, se llevó a cabo la entrevista de devolución en la cual se entregó al paciente un psicodiagnóstico final.

## **Situaciones detectadas**

La situación planteada en el siguiente documento probatorio, se trata del caso de La Sra. B. adulta mayor “Bertha” de 74 años, quien forma parte del programa de Adultos Mayores del Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural San Juan. La cual fue remitida al consultorio psicológico de la sede por la promotora del mismo, la cual fue evaluada y correspondientemente diagnosticada.

Durante la **primera entrevista** además de recoger los datos de filiación la paciente refiere sentirse triste al pensar en el fallecimiento de su esposo, con quien estuvo casada durante dos años, así como la pérdida por fallecimiento de su amiga, con quien tenía confianza, “me da mucha pena María, era mi única amiga”. Señala sentirse sola y, al manifestar esto, también llora, pero luego reprime su llanto, refiere sentir soledad en todo momento “no tengo a nadie”; siente una intensa tristeza cuando no hay otra persona a su lado, pero si está con alguien la intensidad disminuye.

Manifiesta sentir pena y temor al ver personas adultas mayores enfermas, sobre todo a sus vecinas, “me da mucho miedo cuando veo que mi vecina está ciega”, “cada vez que la veo me entran unos nervios, siento miedo”. Si sufre de algún dolor, inmediatamente piensa en que tiene algún mal incurable, tiene temor a estar gravemente enferma. Piensa “que sería si de repente tengo tisis a la laringe, cáncer”. Acepta ser pesimista desde joven.

Siente temor de salir sola a la calle, esto desde que se cayó dos veces; en una oportunidad perdió tres dientes y en la otra se fracturó el brazo, desde entonces evita salir sola, excepto si es con la compañía de su técnica especial. Refiere no sentir ansiedad si sale con ella. Ante la posibilidad de salir sola manifiesta, “pienso que me puedo caer, me puede atropellar el carro”, “me agarra un carro seguro”, “con la técnica estoy tranquila”.

En cuanto a metas u objetivos en la vida, refiere que no tiene metas “ahora no deseo alcanzar nada, estoy esperando que Dios, la Virgen y mi mamá me lleven”, “ya qué hago acá”, “qué futuro tenemos acá”. La técnica especial refiere que actualmente la paciente está muy triste, se aísla, no desea salir; según refiere hace poco se cumplió un año del fallecimiento de su amiga María, lo que probablemente sea el motivo de su tristeza.

La paciente indica que sus padres la tuvieron después de dos años de matrimonio. Su mamá esperaba un varón, inclusive ya tenía el nombre elegido. Cuando ella nació, su madre se sintió decepcionada, pero luego la aceptó. Su padre la aceptó desde el inicio. A los 5 días de nacida su papá falleció a la edad de 26 años.

Vivió sólo con su mamá y su abuela materna. Recuerda que ambas eran muy afectuosas, protectoras y muy apegadas, lo que probablemente favoreció que se haga más dependiente. Su mamá trabajaba para dar el sustento económico, mientras que su abuela la criaba; sin embargo, ella era más apegada a su madre. No tuvo ninguna figura representativa de imagen paterna.

En la **segunda entrevista** se continúa realizando la anamnesis de la paciente durante la cual esta manifiesta que entró a estudiar a la “escuelita” a los 5 años. La primera vez se asustó, pero poco a poco se fue acostumbrando. Se consideraba una alumna “regular”, se sentía a gusto, era tranquila y tenía algunas amigas con quienes jugaba. Su relación con la profesora fue buena. En Secundaria, refiere que al principio le afectó, pero

paulatina- mente se adaptó al nuevo ambiente, fue una alumna promedio. Tenía pocas amigas, no salía, prefería estar en su casa, la relación con los profesores fue buena. No hubo mayor problema. Terminó de estudiar en el Colegio a los 17 años. La Sra. B. trabajó 25 años. Refiere que su remuneración era buena, ganaba bien, el dinero obtenido era exclusivamente para los gastos de su casa: logró comprarse una casa, donde vivió sólo con su mamá. Al jubilarse tuvo la expectativa de irse de viaje, pero al ver a su madre enferma, tuvo otra prioridad.

Cuando falleció su mamá, quedó sola en casa, y si bien tenía conocidos que la estimaban y le apoyaban o la iban a ver, el hecho de vivir sola era un riesgo pues en dos oportunidades intentaron robarle. Este hecho hizo que tome la decisión de ingresar al Albergue. Aquí hizo algunas amistades, incluyendo un señor con el que terminó contrayendo matrimonio. Habitualmente los demás iniciaban la conversación o buscaban amistad, ella no tenía la iniciativa, refiere que tenía poco interés en tener amistades.

Actualmente sus relaciones interpersonales son limitadas, acude a un club dentro de la institución, esto es una vez por semana, pero sin mayor participación, no tiene amistades, solo conocidos, prefiere estar en su cuarto, por lo general conversa con su técnica especial. A veces hace visitas a una conocida que está enferma. Siempre se reprocha por haber sido tan retraída, sin embargo, dice que ahora para qué va a cambiar, si ya no tiene familia, “eso debió ser antes”.

Durante las Tercera y cuarta Entrevista se llevaron a cabo la aplicación de las pruebas psicométricas como son la Escala de ansiedad de Hamilton, Escala de depresión geriátrica y el Cuestionario de Pensamientos Automáticos con la finalidad de determinar rasgos psicopatológicos subyacentes.

## **Diagnostico**

En la **quinta entrevista** realizada se dio a conocer a la paciente los resultados de la evaluación diagnóstica en las que las escalas de ansiedad de Hamilton y la Escala de depresión Geriátrica reflejaron alta tensión emocional fluctuante, toda esta sintomatología: Irritabilidad, miedo al futuro, sentimientos de inseguridad, dificultad para concentrarse en sus actividades y en la toma de decisiones, el Cuestionario de Pensamientos Automáticos dio como resultado que el paciente tenía sobre sí mismo un auto concepto negativo y expectativas negativas.

Los resultados del análisis de las pruebas psicológicas anteriormente especificadas sumado al análisis de la entrevista, historia clínica y guía de observación plantea que el caso del paciente reúne los criterios para realizar el diagnóstico F32 trastorno depresivo mayor (APA, 2014).

### **Soluciones planteadas**

Se utilizó un diseño un esquema cognitivo conductual, típico de intervenciones en Psicología Clínica, en donde A es una fase de evaluación y/o línea base, B es la estrategia de intervención (implementación de técnicas conductuales y cognitivas, con la finalidad de suprimir los pensamientos egodistónicos subyacentes) y A' es una etapa de post-evaluación y seguimiento. Aunque este diseño es limitado para demostrar que efectivamente el tratamiento produjo los cambios en el comportamiento es de utilidad para sistematizar la labor en el trabajo terapéutico, esta intervención terapéutica se llevó a cabo en el transcurso de 8 sesiones terapéuticas de 45 minutos cada sesión.

El programa de tratamiento incluyó técnicas conductuales: Programa de Actividades, con la finalidad que la paciente incrementara las actividades que realizaba, de modo tal que incidieran de manera positiva en su estado afectivo y en sus cogniciones de baja autoeficacia. También se trabajó la técnica de Reforzamiento Diferencial de Otras Conductas (RDO), con la finalidad de incrementar las conductas adecuadas de participación y socialización a través del reforzamiento positivo, al mismo tiempo que se

buscó disminuir o extinguir las conductas de llorar, de quejarse o de verbalizar sus pensamientos depresivos con la finalidad de llamar la atención.

**Sesiones:** 1ra fecha. 11-04-2019 - 2da fecha 12-04-2019

**Categoría:** actividad fisiológica

**Técnicas:** 1. Entrenamiento en Relajación. - 2. Técnicas de Autocontrol

1. Objetivo: con la finalidad de disminuir la tensión o ansiedad de la paciente al enfrentar situaciones nuevas o las que ya había superado; también para fomentar su independencia.
2. Objetivo: con la finalidad de incrementar su capacidad de premiarse a sí misma por las conductas que realizaba.”.

**Actividad:** entrenar al paciente en el uso de técnicas de relajación.

**Resultados esperados:** que el paciente aprenda el uso de estas técnicas para reducir la angustia.

**Sesiones:** 3ra fecha. 15-04-2019 - 4ta fecha. 17-04-2019

**Categoría:** modificación cognitiva

**Técnica:** Reestructuración cognitiva. -

**Objetivo:** generalmente se centraron en hacer que la paciente tomara una clara conciencia de la relación entre pensamientos, emociones y conductas, y se basaron en el supuesto central de que se puede acceder a las cogniciones negativas, y que la modificación de estas cogniciones negativas puede aliviar los síntomas afectivos y conductuales de la depresión.

**Actividad:** enseñar al paciente el uso de las diferentes estrategias de modificación cognitiva

**Resultados esperados:** que el paciente aprenda por el mismo a refutar los pensamientos egodistonicos y modificarlos por pensamientos ego sintónicos.

**Sesiones:** 5ta fecha 18-04-2019 – 6ta fecha 22-43-2019

**Categoría:** modificación cognitiva

**Técnica:** Detención del pensamiento

**Objetivo:** con la finalidad que la paciente tenga pensamientos incompatibles a aquellos que le causaban perturbación.

**Actividad:** detectar pensamientos egodistonicos para poder sustituirlos con pensamientos de tranquilidad, relajación, afirmaciones de autoaceptación.

**Resultados esperados:** que el paciente aprenda a detectar pensamientos disfuncionales.

**Sesiones:** 7ma fecha 23-04-2019 - 8va fecha 24-04-2019

**Categoría:** modificación cognitiva

**Técnica:** Autoinstrucciones

**Objetivo:** Se implementó la técnica de Autoinstrucciones, para modificar los pensamientos negativos automáticos.

**Actividad:** El entrenamiento en autoinstrucciones supuso instaurar verbalizaciones internas adecuadas que permitieron al usuario la realización o el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento.

**Resultados esperados:** que el paciente use las auto verbalizaciones para modificar hábitos desadaptativos:

## CONCLUSIONES

En concordancia con los estudios que han explorado el impacto de la Terapia Cognitiva Conductual en la eliminación de pensamientos egodistónicos en la depresión en un paciente de la tercera edad, los resultados todavía parciales de este reporte indican que las estrategias conductuales y cognitivas pueden ser de gran utilidad para reducir los síntomas asociados con la depresión en las personas mayores.

En el caso específico de la paciente, uno de los factores que parece haber favorecido el cambio es que ésta se encontraba lúcida, con sus funciones cognitivas conservadas, así como con sus capacidades físicas acordes a su edad, el hecho de tener un medio ambiente con posibilidades de interacción con otras personas, también es un factor a favor, aun cuando el soporte familiar estuviera básicamente ausente.

Una adecuada conceptualización del caso, así como tratamientos complementarios frecuentes en los pacientes mayores parecen optimizar los resultados del abordaje terapéutico.

En cuanto a las dificultades se aprecia, sobre todo al principio, la falta de hábito de la paciente para hacer autoregistro, por esta razón, resulta, otra dificultad específica con la paciente es su carencia de familiares, hecho que de alguna manera limita su red de apoyo social; sin embargo, se tiene como objetivo suplir esta carencia con la formación de amistades con el fin fortalecer sus redes sociales.

Se recomienda aplicar en el tratamiento de otros desordenes comportamentales y del estado del ánimo el uso de estrategias conductuales y especialmente cognitivas ya que han demostrado ser de gran utilidad en la eliminación de pensamientos egodistónicos.

Además, se recomienda el uso autoregistro por ser de fácil aplicación para todo tipo de pacientes y para llevar una sinopsis pormenorizada de los pensamientos y emociones que incursionan cotidianamente y de esta manera implementar las estrategias psicológicas para suprimirlos o modificarlos positivamente.

Se recomienda realizar un adecuado esquema terapéutica adaptado a las necesidades individuales del paciente.

Además del uso de estas técnicas es recomendable hábitos de alimentación saludables además del ejercicio del cuerpo, así como actividades que fomenten la integración social de los Gerontes.

## **BIBLIOGRAFÍA**

APA. (2014). DSM V. Arlington: APA. Recuperado el 10 de abril de 2019

Beck. (2014). La depresión. Illinois: Mcphill. Recuperado el 12 de abril de 2019

Bertrand. (2013). psicológicamente hablando. Bogotá: Editorial Paidós. Recuperado el 1 de abril de 2019

CIE-10. (11 de febrero de 2014). buen vivir. En CIE-10 (pág. 785). Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado el 2 de abril de 2019, de <http://www.buenvivir.gob.ec/versiones-plan-nacional>.

Ferguson. (2014). psicopatología de la depresión. Montreal: Phoenix. Recuperado el 4 de abril de 2019

Manu, L. (2013). etiología de la disfunción cognitiva. New York: ONU. Recuperado el 14 de abril de 2019

Miranda. (2015). Terapia cognitiva. Bogotá: Espejo. Recuperado el 6 de abril de 2019

Nezu, I. (2016). terapia cognitiva (3ra ed.). Massachusetts: Sunshine. Recuperado el 5 de abril de 2019

OMS. (2014). Depresión, estadísticas. New York: OMS. Recuperado el 4 de abril de 2019

Rojas. (2016). La Entrevista Psicológica. México: Mc.Hill. Recuperado el 8 de abril de 2019

Vidales. (2015). psicología general. México: Editorial Limusa. Recuperado el 4 de abril de 2019

**ANEXOS**

## Anexo 1:

### Imagen 1

La autora del estudio de caso Solmaida Castro Guillin en compañía de la tutora del proyecto Master. Fanny Lopez Tobar durante la primera sesión de tutoría.



### Imagen 2



La autora del estudio de caso Solmaida Castro Guillin en compañía de la tutora del proyecto Master. Fanny Lopez Tobar durante la segunda sesión de tutoría.

**Imagen 3**



Aplicando la entrevista clínica al paciente para recabar información desde sus antecedentes hasta la actualidad.

**Imagen 4**



Aplicando un test a la adulta mayor, con el objetivo de verificar el diagnóstico presuntivo.

## Anexo 2. Ficha de observación psicológica

### FICHA DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

#### I. DATOS GENERALES

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Instrucción: \_\_\_\_\_

Numero de sesión: \_\_\_\_\_

Tiempo de observación: minutos \_\_\_\_\_ hora de inicio \_\_\_\_\_ hora final \_\_\_\_\_

Tipo de observación: \_\_\_\_\_

Nombre del observador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

##### DESCRIPCIÓN FÍSICA

---

---

---

---

---

##### DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO

---

---

---

---

---

##### DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO (CURSO Y CONTENIDO DEL PENSAMIENTO, CONDUCTAS, REGISTRO NARRATIVO)

---

---

---

---

---

**COMENTARIO**

---

---

---

---

---

## Anexos 3.- Historia Clínica Psicológica

### I. DATOS PERSONALES

No. Historia: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de  
Nacimiento: \_\_\_\_\_

Instrucción académica: \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de la Familia \_\_\_\_\_

Teléfono de Familiar: \_\_\_\_\_

Ha recibido algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico:

---

---

### II. MOTIVO DE CONSULTA:

---

---

---

---

---

### III. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:

1. **EVOLUCIÓN:** \_\_\_\_\_

---

---

2. **CAUSAS:** \_\_\_\_\_

---

---

3. **ACCIONES REALIZADAS EN BUSCA DE SOLUCIÓN:**

---

---

---

4. **IMPLICACIONES: (a nivel familiar, social, académico, laboral, etc.):**

---

---

---

### IV. ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR:

5. **FAMILIOGRAMA:**

<b>MIEMBRO</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>EDAD</b>	<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>OCUPACIÓN</b>

6. **VINCULOS AFECTIVOS CONFLICTIVOS Y REDES DE COMUNICACIÓN:**

---

---

---

**V. HISTORIA PERSONAL:**

**7. INFANCIA:**

---

---

---

---

**8. ADOLESCENCIA:**

---

---

---

---

**9. VI. HISTORIA ESCOLAR:**

---

---

---

---

**VII. OBSERVACIONES: (descripción física, lenguaje no verbal, actitud, etc.)**

---

---

---

**VIII. DIMENSIONES:**

**10. COMPORTAMENTAL:** \_\_\_\_\_

---

---

**11. AFECTIVA:** \_\_\_\_\_

---

---

**12. SOMATICA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**13. COGNITIVA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. SOCIAL:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IX. PRUEBA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:**

**15. PERSONALIDAD:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**16. INTELIGENCIA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**17. HABILIDADES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**18. OTRAS:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**X. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**XI. TRATAMIENTO A SEGUIR:**

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

## EVOLUCIÓN

**Sesión No.** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Objetivo:** \_\_\_\_\_

**Descripción:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sesión No.** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Objetivo:** \_\_\_\_\_

**Descripción:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sesión No.** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Objetivo:** \_\_\_\_\_

**Descripción:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sesión No.** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Objetivo:** \_\_\_\_\_

**Descripción:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sesión No.** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Objetivo:** \_\_\_\_\_

**Descripción:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sesión No.** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Objetivo:** \_\_\_\_\_

---

**Descripción:** \_\_\_\_\_

---

## Anexo 4. Escala de Hamilton

### ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

Síntomas de los Estados de ansiedad	Ausente 0	Leve 1	Moderado 2	Grave 3	Muy grave 4
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales					

(sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de	0	1	2	3	4

<p>manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.</p> <p>Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>					
--	--	--	--	--	--

ANSIEDAD PSÍQUICA	
ANSIEDAD SOMÁTICA	
PUNTUACIÓN TOTAL	

**CALIFICACION ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

0-5 NO ANSIEDAD

6 - 14 ANSIEDAD LEVE

> 15 ANSIEDAD MODERADA A GRAVE

## Anexo 5: Escala de depresion geriatrica

# GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS) Brink et al. (1982), Yesavage et al. (1983)

Nombre:

Varón [ ] Mujer [ ]

Fecha:

F. nacimiento:

Edad:

Estudios/Profesión:

N. Hª:

Observaciones:

1. ¿Está Ud. satisfecho con su vida?	sí	NO
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?	SÍ	no
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	no
4. ¿Se siente Ud. frecuentemente aburrido?	SÍ	no
5. ¿Tiene Ud. mucha fe en el futuro?	sí	NO
6. ¿Tiene pensamientos que le molestan?	SÍ	no
7. ¿La mayoría del tiempo está de buen humor?	sí	NO
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?	SÍ	no
9. ¿Se siente Ud. feliz la mayoría del tiempo?	sí	NO
10. ¿Se siente Ud. a menudo impotente?	SÍ	no
11. ¿Se siente a menudo intranquilo?	SÍ	no
12. ¿Prefiere quedarse en su cuarto en vez de salir?	SÍ	no
13. ¿Se preocupa Ud. a menudo sobre el futuro?	SÍ	no
14. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	SÍ	no
15. ¿Cree que es maravilloso estar viviendo?	sí	NO
16. ¿Se siente Ud. a menudo triste?	SÍ	no
17. ¿Se siente Ud. inútil?	SÍ	no
18. ¿Se preocupa mucho sobre el pasado?	SÍ	no
19. ¿Cree que la vida es muy interesante?	sí	NO
20. ¿Es difícil para Ud. empezar nuevos proyectos?	SÍ	no
21. ¿Se siente lleno de alegría?	sí	NO
22. ¿Se siente Ud. sin esperanza?	SÍ	no
23. ¿Cree que los demás tienen más suerte que Ud.?	SÍ	no
24. ¿Se pone Ud. muy nervioso por pequeñas cosas?	SÍ	no
25. ¿Siente a menudo ganas de llorar?	SÍ	no

26. ¿Es difícil para Ud. concentrarse?	<b>SÍ</b>	<b>no</b>
27. ¿Está contento de levantarse por la mañana?	<b>sí</b>	<b>NO</b>
28. ¿Prefiere evitar grupos de gente?	<b>SÍ</b>	<b>no</b>
29. ¿Es fácil para Ud. tomar decisiones?	<b>sí</b>	<b>NO</b>
30. ¿Está su mente tan clara como antes?	<b>sí</b>	<b>NO</b>
<p>Sumar 1 punto por cada respuesta indicada en negrita y mayúscula  No depresión 10 o menos  Límite depresión/ depresión: 11 o más (Sensibilidad: 84%; Especificidad: 95%)</p>	<b>Puntuación Total</b>	

## Anexo 6: Cuestionarios de pensamientos automático

### Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ) (Hollon y Kendall, 1980. Adaptación por Cano y Rodríguez, 2002)

A continuación encontrará una lista de pensamientos e ideas que, de forma inesperada pueden asaltarnos a cualquiera de nosotros. Por favor, léalos detenidamente e indique la frecuencia con que cada uno de ellos le viene a la cabeza cuando tiene dolor. Para ello rodee con un círculo uno de los números en la fila correspondiente a la pregunta según la escala siguiente:

**0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente**

Note que las respuestas van de menor a mayor frecuencia. Está seguro de que **responde a todas las frases** y de que **rodea sólo un número** en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted pensó en ese momento.

NOMBRE:	EDAD:	FECHA EVAL:
1	Creo que tengo problemas con el mundo	0 1 2 3 4
2	No soy bueno	0 1 2 3 4
3	¿Por qué no puede salirme nunca nada bien?	0 1 2 3 4
4	Nadie me comprende	0 1 2 3 4
5	He defraudado a la gente	0 1 2 3 4
6	No sé por dónde tirar	0 1 2 3 4
7	Me gustaría ser mejor	0 1 2 3 4
8	¡Soy tan débil!	0 1 2 3 4
9	Mi vida no funciona como yo quisiera	0 1 2 3 4
10	¡Soy tan decepcionante hasta para mí mismo!	0 1 2 3 4
11	Ya nada me parece bien	0 1 2 3 4
12	No puedo más	0 1 2 3 4
13	Me siento incapaz de comenzar de nuevo	0 1 2 3 4
14	¿Qué es lo que funciona mal en mí?	0 1 2 3 4
15	Quisiera estar lejos de aquí, en otro sitio	0 1 2 3 4
16	No consigo poner en orden mis cosas	0 1 2 3 4
17	Me odio	0 1 2 3 4
18	Soy un inútil, no valgo para nada	0 1 2 3 4
19	¡Cuánto me gustaría poder desaparecer!	0 1 2 3 4
20	¿Cuál es mi problema? ¿Qué me pasa?	0 1 2 3 4
21	Soy un perdedor	0 1 2 3 4
22	Mi vida es un desastre	0 1 2 3 4
23	Soy un fracasado	0 1 2 3 4
24	Nunca lo conseguiré	0 1 2 3 4
25	Me siento tan impotente, tan desamparado	0 1 2 3 4
26	Algo tiene que cambiar	0 1 2 3 4
27	Tiene que haber algo en mí que no funciona bien	0 1 2 3 4
28	Mi futuro es un desierto	0 1 2 3 4
29	Ya no vale la pena	0 1 2 3 4
30	No consigo terminar nada de lo que empiezo	0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA

	CON	IND	ADA	REP	TOT
PD					
PC					
<i>A cumplimentar por el evaluador</i>					



GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO PARROQUIAL RURAL  
DE SAN JUAN

Av. Aurora Estrada

RUC.: 1260023860001

juntaparroquiasanjuan@hotmail.com

www.gobiernoparroquialsanjuan-losrios.gob.ec

Telefono: 052959122

## AUTORIZACIÓN

### GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO PARROQUIAL- RURAL/ SAN JUAN

San Juan, 01 de abril del 2019

Yo. Lcda.: **Ángela Mabel Arana Martínez** con Cl. **120433472-4** Coordinadora de Proyectos Sociales del autorizo a la **Srta. Solmaida Lisbeth Castro Guillin** con Cl. **120747509-4** egresada de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Babahoyo, para que desarrolle su investigación de estudio de caso con el Tema **PENSAMIENTOS EGODISTONICOS Y SU INCIDENCIA EN EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN UN PACIENTE ATENDIDO EN LA SEDE DEL ADULTO MAYOR DEL GAPD DE LA PARROQUIA SAN JUAN** Cantón Pueblo Viejo.

Faculto al interesado de hacer uso de este documento para cualquier trámite legal.

Atentamente.

  
\_\_\_\_\_  
Director Técnico  
Lcda.: **Ángela Mabel Arana Martínez**  
C.I **120433472-4**





# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FECHA: 24/4/2019  
HORA: 23:35

FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACION  
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACIÓN Y DERECHO  
PSICOLOGIA CLINICA  
UNIDAD DE TITULACIÓN

## SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

**DOCENTE TUTOR:** LÓPEZ TOBAR FANNY RAQUEL  
**ESTUDIANTE:** CASTRO GULLIN SOLMAIDA LISBETH  
**PERIODO ACADÉMICO:** ENERO 2019 - MAYO 2019  
**MODALIDAD DE TITULACIÓN:** EXAMEN COMPLEXIVO  
**FASE DE MODALIDAD:** FASE PRACTICA  
**PROYECTO DE TITULACIÓN:** INCIDENCIA DE LOS PENSAMIENTOS EGODISTONICOS EN EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR DE UN PACIENTE

## INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

FASE	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
FASE PRACTICA	2019-04-01	2019-04-25	TERMINADO	95%	HABILITADO

## INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

INTRODUCCION					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
INTRODUCCION	2019-04-19	2019-04-22	TERMINADO	100%	HABILITADO

CONCLUSIONES					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
REALIZAR LAS CONCLUSIONES	2019-04-15	2019-04-18	TERMINADO	100%	HABILITADO

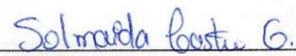
BIBLIOGRAFIA					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
LA BIBLIOGRAFIA	2019-04-15	2019-04-18	TERMINADO	80%	HABILITADO

ANEXOS					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ANEXOS	2019-04-19	2019-04-22	TERMINADO	90%	HABILITADO

DESARROLLO					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
DESARROLLO	2019-04-04	2019-04-14	TERMINADO	100%	HABILITADO

TRABAJO FINAL					
ACTIVIDAD	F INICIO	F FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
TRABAJO FINAL	2019-04-01	2019-04-25	TERMINADO	100%	HABILITADO

  
LÓPEZ TOBAR FANNY RAQUEL  
DOCENTE TUTOR

  
CASTRO GULLIN SOLMAIDA LISBETH  
ESTUDIANTE



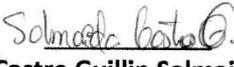
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA



SESIONES DE TRABAJO TUTORIAL

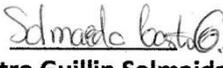
PRIMERA SESIÓN DE TRABAJO

Babahoyo, del 4 al 14 de abril del 2019

RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	FIRMA DEL TUTOR Y DEL ESTUDIANTE
<ul style="list-style-type: none"><li>Se revisó el tema y se definió el problema principal y los subproblemas correspondientes de acuerdo a los lineamientos de la institución, así mismo se da a conocer sobre el trabajo que se tendrá que hacer con las actividades que corresponden al Desarrollo de Caso</li></ul>	<p>Se orienta sobre el proceso de la Fase Practica Examen Complexivo indicando como tendrá que trabajar y redactar los trabajos que correspondan a las actividades que tiene que ver con los puntos como son :</p> <p>Desarrollo del Caso de Estudio Planteamiento del Problema Justificación Objetivos Metodología de la Investigación</p> <p>Se discutió sobre la postura teórica a asumir en la investigación.</p>	 <b>Psc. Fanny López Tobar</b> Docente Tutora   <b>Castro Guillin Solmaida</b> Egresada

SEGUNDA SESIÓN DE TRABAJO

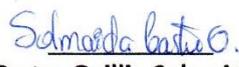
Babahoyo, del 15 al 18 de abril del 2019

RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	FIRMA DEL TUTOR Y DEL ESTUDIANTE
<ul style="list-style-type: none"><li>Se elaborara el punto de las Conclusiones y se trabaja con atención para avanzar y lograr el interés deseado</li><li>Se envía a trabajar con la información bibliográfica de acuerdo al tema investigado</li></ul>	<p>-Se revisaron documentos escritos sobre el tema de investigación para realizar las conclusiones y recomendaciones.</p> <p>-Se revisó y analizó la información bibliográfica preliminar pertinente.</p>	 <b>Psc. Fanny López Tobar</b> Docente Tutora   <b>Castro Guillin Solmaida</b> Egresada



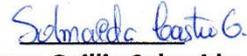
**TERCERA SESIÓN DE TRABAJO**

Babahoyo, del 19 al 21 de abril del 2019

<b>RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS</b>	<b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>	<b>FIRMA DEL TUTOR Y DEL ESTUDIANTE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se determinó la forma de realizar la Introducción del tema</li> <li>• Se explica la manera de incluir los anexos en la investigación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se lleva acabo con el trabajo de realizar la Introducción del tema debido a que se la debe de redactar después de haber concluido la investigación</li> <li>- De acuerdo a los puntos de la investigación deben ir incluidos los Anexo como continuación del informe en las ultimas paginas</li> </ul>	 <b>Psc. Fanny López Tobar</b> Docente Tutora   <b>Castro Guillin Solmaida</b> Egresada

**CUARTA SESIÓN DE TRABAJO**

Babahoyo, 24 de abril del 2019

<b>RESULTADOS GENERALES ALCANZADOS</b>	<b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>	<b>FIRMA DEL TUTOR Y DEL ESTUDIANTE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acuerdo a la modificación requeridas por el SAI y la coordinación se trabaja en subir toda la información de la investigación</li> </ul>	Se indica como subir a la plataforma del SAI toda la investigación del caso realizada por estudiante y de esta manera los estudiantes puedan realizar toda la documentación requerida por la coordinación y poder entregar y finalizar dicho trabajo	 <b>Psc. Fanny López Tobar</b> Docente Tutora   <b>Castro Guillin Solmaida</b> Egresada

  
 .....  
**Psc. FANNY LOPEZ TOBAR Msc.**  
**DOCENTE TUTORA**