



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



**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO
CLÍNICO.**

PROBLEMA:

**PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS Y SU INCIDENCIA EN EL
ESTADO DE ÁNIMO DE UN ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE
PANDEMIA**

AUTOR:

Rubén Darío Cárdenas Hinojosa

TUTOR:

MSC. JANETT VERDESOTO GALEAS

BABAHOYO

2020



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



AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios por darme cada día un soplo más de vida, por cuidarme y ser la luz de mi canino; a mis padres por toda la dedicación, esfuerzo, compromiso y sobre todo el apoyo brindado de parte de ellos y a mi familia; a mis docentes por sembrar en mi la semilla del conocimiento, por prepararme y forjarme profesionalmente.

Por último, pero no menos importante a mí mismo por ser paciente, dedicado, perseverante en cada cosa, en cada paso; ahora puedo decirme lo logre, el sacrificio, la lucha de cada día se ve reflejada; en mi mente siempre reposaran las palabras de mi abuela “tú eres único, tu brillas como una estrella y todo lo que te propongas lo cumplirás” palabras que me ayudaron y me seguirán ayudando en mi vida profesional.

Rubén Darío Cárdenas Hinojosa



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



RESUMEN

El estudio de caso con el que se va a trabajar, es un adulto mayor de 68 años de edad donde el paciente presenta problemas de pensamientos distorsionados o como se lo conoce también como distorsiones cognitivas, los cuales afectan su estado de ánimo generando en el cliente síntomas depresivos, donde se ha manifestado muchos inconvenientes en su entorno social, personal y familiar; teniendo como diagnóstico, Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, puesto que cumple con en el manual de trastornos del CIE10. Donde se tiene como objetivo principal, determinar cómo inciden los pensamientos distorsionados en el desarrollo del estado de ánimo en un adulto mayor en tiempos de pandemia, para mejorar su calidad de vida. Es por esto que en el estudio de caso se propone la terapia cognitiva conductual donde se aplican las técnicas, Examinando evidencias, Análisis de costos beneficios y Programación de actividades. Para poder definir cuáles son esos pensamientos distorsionados y sobre todo para poder diferenciarlos y poder sustituirlo por pensamientos positivos del mismo modo se utilizó varias herramientas psicológicas como la elaboración de la historia clínica.

Palabras claves: distorsiones cognitivas, entorno social, personal, familiar, síntomas depresivos, diferenciarlos y sustituirlos.



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



ABSTRACT

The case study with which we are going to work is an adult over 68 years of age where the patient presents problems with distorted thoughts or as it is also known as cognitive distortions, which affect their mood, generating symptoms in the client depressive, where many inconveniences have been manifested in their social, personal and family environment; having as a diagnosis, Severe depressive episode without psychotic symptoms, since it complies with the manual of disorders of the CIE10. Where the main objective is to determine how distorted thoughts affect the development of mood in an older adult in times of pandemic, to improve their quality of life. This is why in the case study cognitive behavioral therapy is proposed where the techniques are applied, examining evidence, cost-benefit analysis and scheduling activities. In order to define what those distorted thoughts are and above all to be able to differentiate them and be able to replace them with positive thoughts, in the same way, various psychological tools were used, such as taking a medical history.

Keywords: cognitive distortions, social, personal, family environment, depressive symptoms, differentiate and replace them.



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



Contenido

AGRADECIMIENTO	I
RESUMEN.....	II
ABSTRACT.....	III
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	2
Justificación.....	2
Objetivo General	2
Sustento teórico.....	3
Pensamientos distorsionados.....	3
La cognición.....	3
Los pensamientos automáticos.....	3
Distorsiones cognitivas.	4
Distorsiones cognitivas propuestas en la teoría de Beck.	5
Estado de ánimo	7
Concepto	7
El estado de ánimo en el adulto mayor.	8
Estado de ánimo del adulto mayor durante una catástrofe.....	8
Pensamientos distorsionados y estado animo en adultos mayores en tiempos de pandemia.....	9
Técnicas aplicadas para la recolección de la información	10
Entrevista semiestructurada	10
Historia clínica	10
Observación clínica.....	11



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



Test mini-mental	11
Test escala de Hamilton de depresión	11
Test Inventario de Depresión de Beck	11
Resultados obtenidos.....	12
Sesiones.....	12
13/07/2020 10: 35 am	12
18/07/2020 15:00 pm.....	12
25/08/2020 16:00 pm.....	13
1/08/2020 14:00 pm.....	13
Situaciones detectadas (hallazgos).....	14
Resultado de los test aplicados.....	14
Área cognitiva:	14
Área afectiva:	14
Área conductual:	15
Área somática.....	15
Pensamiento	15
Soluciones planteadas	15
CONCLUSIONES	18
BIBLIOGRAFÍA	20
Anexo 1: Entrevista semiestructurada.....	0
Anexo 2: Historia clínica	1
Anexo 3: Observación clínica	5
Anexo 4: Test mini-mental.....	6
Anexo 5: Test escala de Hamilton de depresión	8
Anexo 6: Test Inventario de Depresión de Beck	10



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



INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso, da a conocer los pensamientos distorsionados en un adulto mayor, ocasionados por una pandemia denominado SARS-CoV-2, por lo que los gobiernos del mundo con sus Ministerios de Salud se han visto en la necesidad de tomar medidas para precautelar la salud de los habitantes, siendo la principal el confinamiento y distanciamiento social, lo cual influye directamente en la salud mental y/o psicológica de cada individuo, afectando mayormente a los grupos vulnerables, el cual se lo realiza bajo la línea de investigación correspondiente a prevención y diagnóstico siguiendo la sub-línea de funcionamiento socio-afectivo en el ámbito familiar.

Al hablar de pensamientos distorsionados, se hace énfasis en la interpretación errónea de una realidad anticipada o real en la que la persona se siente amenazada y tiende a generar pensamientos que se desvían de su realidad; misma que altera su cognición la cual afecta a su estado de ánimo y comportamiento.

Por consiguiente este estudio se lo realizó a un paciente adulto mayor que presenta síntomas depresivos, lo que hizo que el paciente desarrollara síntomas de irritabilidad, sentimientos de inutilidad, cansancio y falta de energía, cabe recalcar que el paciente acudió a consulta por tele asistencia; durante la sección se obtuvo información sobre cómo le afecto esta pandemia y los problemas que se generó en el transcurso del tiempo.

Todo esto afectó al adulto mayor llegando al punto de pensar que podría morir por causa del coronavirus, como consecuencia de estos pensamientos distorsionados lo llevo a utilizar productos químicos en su cuerpo afectando parte de él y perdiendo un porcentaje de su visión, afectando su estado de ánimo y generando problemas psicológicos que lo agobian. También se llevó acabo diferentes técnicas para la recolección de información tales como entrevista semiestructurada, historia clínica, observación clínica, Test mini-mental, Test escala de Hamilton de depresión y el Test Inventario de Depresión de Beck.

DESARROLLO

Justificación

Este estudio de caso tiene como finalidad dar a conocer los factores predisponentes que llevaron al adulto mayor a distorsionar sus pensamientos automáticos, basándose en informaciones erróneas de medios de comunicación, afectando su estado de ánimo llegando a adoptar medidas extremas de seguridad para evitar contagiarse, sin medir sus consecuencias.

Es por esto que los resultados de estas conductas del paciente fueron negativas puesto que le ocasionó un leucoma, perdiendo una parte de la visión afectando a su estado de ánimo y sus interacciones interpersonales; ahora bien si no se logra realizar una intervención a tiempo el paciente no lograra aceptar y adaptarse a su nuevo estilo de vida; de manera que el beneficio será que el paciente aprenda a identificar sus pensamientos negativos y los desplace por otros pensamientos positivos que le ayuden a disminuir su malestar y mejorar sus relaciones interpersonales.

Cabe recalcar que la información obtenida del estudio de caso no se la podrá generalizar porque no se está trabajando con una muestra de una población. Sin embargo, este estudio si servirá como una posible referencia y de esta forma tener una idea sobre los pensamientos distorsionados y su incidencia en el estado de ánimo de un adulto mayor en tiempos de pandemia.

Para finalizar desarrollaría estrategias como, talleres psicoeducativos relacionados sobre el CoVid-19 que permitan modificar los pensamientos distorsionados y de esta manera cumplir con los objetivos planteados.

Objetivo General

Determinar cómo inciden los pensamientos distorsionados en el desarrollo del estado de ánimo en un adulto mayor en tiempos de pandemia, para mejorar su calidad de vida.

Sustento teórico

Pensamientos distorsionados

La cognición

Se la define como la habilidad imperativa del ser humano para procesar información, por ende, de ahí parte la adaptabilidad y sentido de supervivencia del ser humano. “La cognición es el proceso por el cual se adquiere y utiliza el conocimiento” (Maldonado Rivadeneira, 2013, p.3). Por lo tanto, la conducta así como las emociones se rigen por la cognición, y estas se conciben en tres niveles; los esquemas que comprenden el nivel más profundo de la cognición, luego tenemos las creencias intermedias comprendidas de suposiciones, actitudes y reglas que están organizadas alrededor de los esquemas y por último los pensamientos automáticos que estos vendrían a ser el resultado cognitivo del proceso de la información a nivel preconscious y consciente del ser humano.

Los pensamientos automáticos

Caracterizados por ser mensajes involuntarios, breves, telegráficos, específicos y concretos, muchas de las veces son plausibles, creídos y frecuentemente se expresan con “debería, tendría”, básicamente, son unas representaciones sesgadas de la realidad netamente idiosincrásicas, por lo tanto, difícil de controlar al momento que se da el proceso de interpretación de los hechos.

La clasificación que se hace de los pensamientos automáticos es: pensamientos automáticos positivos y negativos. Los positivos son aquellos que producen sentimientos agradables hacia sí mismo y el mundo, aumentan la autoestima, el auto concepto, dan confianza, seguridad, y ayudan a mantener buena salud mental. Los negativos son los pensamientos con alto contenido catastrófico, absolutista, no acertado, auto derrotista, y generalmente irrealista. (Gómez-Maquet, 2007, p.437).

Con respecto a los pensamientos negativos los podemos identificar como aquellas imágenes o frases que se producen en nuestra mente y están relacionado con estadios emocionales intensos como la ira, depresión o ansiedad, que pueden o no causar daño a la integridad de la persona.

Distorsiones cognitivas.

Cuando mencionamos que existen pensamientos distorsionados hacemos referencia a las distorsiones cognitivas, los cuales se definen como pensamientos automáticos que nos causan malestar emocional debido a la interpretación errónea de determinadas situaciones. Hay que tener en cuenta que estos pensamientos, ya que aparecen de manera automática no dan tiempo a realizar una valoración eficiente de la situación que nos encontramos (como si realmente tenemos alguna prueba que le de veracidad a nuestro pensamiento distorsionado) y muchas veces nos conlleva a comportarnos de manera perjudicial para sí mismos. “Las distorsiones cognitivas se encuentran íntimamente ligadas a experiencias tempranas de los sujetos, en donde influyen el núcleo primario de apoyo, la escuela y la sociedad en general.” (Aguirre, 2015, p.20). Otro aspecto para tomar en cuenta que las distorsiones cognitivas nos mantienen en homeóstasis y nos hacen pasar por procesos de asimilación con un enfoque contradictorio a la superación personal. Vale la pena recalcar que “las distorsiones cognitivas se detectan en la Terapia Cognitivo Conductual, en la Terapia Racional Emotiva, o en la Terapia Cognitiva de Beck, (entre otras), desempeñan un papel importante en la psicopatología, ya que producen perturbación emocional” (Maldonado, 2013, p.6). Es así como dejamos en claridad que las distorsiones cognitivas son pensamientos incontrolables que aparecen durante cualquier situación en la que se encuentre cualquier individuo dentro de su día a día ya sean estas actividades comunes o adictivas como:

En los jugadores patológicos parece ser que estas distorsiones cognitivas se encuentran ancladas en un nivel más profundo de su actividad cognitiva, posiblemente, siendo este un factor de vulnerabilidad o predisposición psicológica para “engancharse” fácilmente y sin control en actividades de juego, sin importar las consecuencias (Bahamón, 2013, p.91).

Por ello hay que tener en cuenta que las distorsiones cognitivas si bien no se pueden evitar, las podemos controlar, ya que originalmente parten de ser pensamientos automáticos, los cuales no por aparecer de manera automática son erróneos o negativos, sino más bien se vuelven disfuncionales cuando existe un desvío sistemático del contenido a interpretar, con lo que concluye con un autosaboteo a sí mismo.

Distorsiones cognitivas propuestas en la teoría de Beck.

Beck en 1962 dentro de la propuesta de su teoría cognitiva plantea una serie de pensamientos distorsionados que muestra el ser humano y a su vez se ve influenciado por ellos en su vida cotidiana y estos pensamientos son:

Tabla 1

Distorsiones cognitivas.

Distorsiones	Concepto	Ejemplos
Filtraje	Es la valorización de una situación global de manera negativa, es decir se selecciona el aspecto negativo de una situación, ese aspecto opaca los otros aspectos (positivos o neutrales) de la situación y el individuo no se percata de ellos.	No soporto tener que comer vegetales en el almuerzo, cuando hay que tener en cuenta que es bueno tener algo que comer.
Pensamiento polarizado	Es la clasificación de situaciones de un extremo a otro sin puntos medios, básicamente es bueno o es malo; es blanco o es negro.	Me considero un excelente alumno porque tengo mis notas perfectas.
Sobre generalización	Es generar conclusiones generales sobre un hecho sin bases suficiente	Si una persona comienza a buscar empleo y no encuentra concluirá que nunca encontrará un trabajo, u otra persona que tiene rupturas amorosas seguidas pensara que siempre todas sus relaciones acabaran así.
Interpretación del pensamiento	Consiste en suponer las intenciones o razones de otras personas sin base alguna, tomando como referencia nuestra propia forma de pensar	Si alguien que no conocemos nos mira pensamos que nos quiere hacer daño.
Visión catastrófica	Es la tendencia a tener en cuenta la posibilidad que ocurrirá lo peor	Si una persona ve en las noticias atentados terroristas esta persona pensará “y si hay un atentado terrorista cerca de mi casa” o una persona que reprueba un examen “se acabó la vida para mí”.
Personalización	Consiste en relacionar las situaciones que se desembocan	Si una persona es parte de una reunión de

	alrededor nuestro con nosotros o nuestras propias situaciones	trabajo donde el tema principal es el mejoramiento del rendimiento laboral, la persona pensara que son indirecta para él.
Falacia de control	Esta distorsión tiene dos polos opuesto si bien es creer ciegamente tener el control total de las situaciones o creer que es impotente y carece de cualquier control a las situaciones a su alrededor	Si los demás hubieran hecho su parte yo no tendría problemas o si yo me equivoco perjudicaría a las personas a mí alrededor.
Falacia de justicia	Consiste en la constante valorización de los hechos que van en contra de nuestra ideología o preferencias como injustos	Si yo soy más eficiente que él, es injusto que me despidan.
Falacia de cambio	Es la tendencia a pensar que si otra persona cambiara y pone de su parte	Nos iría bien, “si mi esposa cambiara su forma de ser mi matrimonio sería mejor”.
Etiquetas globales	Consiste en designar etiquetas a los demás basándonos en nuestros criterios generales o prejuicios.	Una paciente que observa a su vecina que sale todas las noches, considera que ella es una prostituta.
Culpabilidad	Es la tendencia a atribuirnos toda la responsabilidad de las actividades que realizamos quedando como personas indignas o viles.	Si mi hijo me hace un escándalo en supermercado es mi culpa por no saberlo educar de manera correcta.
Deberías	Es la dinámica entre la perspectiva que tenemos de cómo deberían ser las cosas y la frustración que provoca cuando no sucede de esa manera.	Debo conseguir las mejores notas, debo tener a la chica más bonita o deberían de agradecerme por haber hecho esto.
Tener razón	Consiste en no tener en cuenta que cada persona tiene un punto de vista diferente y muchas veces no va a hacer concordante con el nuestro	Yo nunca me equivoco, si lo digo es porque es verdad o siempre tengo la razón
Falacia de Recompensa divina	Es la tendencia a esperar que las cosas cambiaran por sí solas o no buscar solucionar los	“Es cuestión de tiempo hasta que se dé cuenta lo que siento por ella y por fin seré feliz” o

	problemas y al final obtendremos una recompensa	“mejor no me preocupo en estos días me ha de salir un trabajo”.
Razonamiento Emocional	Es la creencia que el sentir emocionalmente, necesariamente se debe alguna situación contundente	Si alguien se siente irritado es porque alguien la hizo enojar.

Nota. Fuente: *Beck (1962)*

Elaborado por Rubén Cárdenas.

Estado de ánimo

Concepto

El estado de ánimo lo podemos definir como el tono sentimental o humor, con la que va de la mano con un hecho, situación o idea manteniéndose así por un tiempo, esta puede ser agradable o desagradable, cuando este estado se mantiene de manera habitual podemos considerarlo como un humor o tono sentimental dominante, según los autores Greenberger y Padesky (2016) afirma “Cuando una persona identifica un estado de ánimo concreto puede fijarse objetivos para mejorarlo y hacer seguimientos de sus avances” (p.51). Por lo tanto, aprender a identificar estados de ánimos nos ayudara a realizar un conjunto de técnicas o estrategias para mejorar en ciertos estados específicos. Por ejemplo, utilizar técnicas de respiración suele ser ideal para calmar un estado de ansiedad, pero utilizar la misma técnica durante un estado de depresión no tendría el mismo impacto, “si nos cuesta identificar un estado de ánimo, prestemos atención a nuestro cuerpo” (Greenberger y Padesky, 2016, p.51). Por ejemplo, la sensación de pesadez en el cuerpo puede ser indicativo de decepción o depresión o si sentimos tensión en los hombros podría ser irritación o miedo, aprender a identificar nuestras reacciones corporales nos puede ofrecer pistas de nuestro estado de ánimo, según el autor (Santos Nalda, Nalda, & Nalda, 2018, sección las palabras y el estado de ánimo, párr. 1). Refiere “el estado de ánimo, o de humor, es un estado emocional de mayor duración y menor intensidad que las emociones”. Es decir, estar triste es un estado de ánimo que puede perdurar días pero la afección emocional carece de intensidad, básicamente no consideramos la vida catastrófica. Este también se denota la diferencia con la personalidad y el temperamento ya que estas son actitudes que perduran en el tiempo.

El estado de ánimo en el adulto mayor.

Los estados de ánimo juegan una dinámica interesante lo largo de nuestra vida con respecto a nuestro comportamiento y estos tienen mayor influencia en la vejez convirtiéndose en estos en un proceso de transformar adultos sanos en sujetos vulnerables.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y del sexo femenino, se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y lo más grave agitación e ideación suicida. (Sotelo, Rojas, Sánchez y Irigoyen, 2012, p.6).

Esto se debe a que mientras el ser humano está cursando por su ciclo vital, es testigos de muchos cambios que se dan a su alrededor y que tienen un significado emocional para ellos, tales como jubilarse, muertes de seres queridos, problemas de salud o algún acontecimiento estresante, otro estado frecuente en el adulto mayor es la ansiedad, muchas veces esta ansiedad puede ser crónicas, según el autor Williams (2020) refiere “un poco de ansiedad mantiene la motivación para acciones positivas, como buscar atención médica” (p.213). Por ende la ansiedad no es mala nos ayuda a mantenernos alertas ante ciertos acontecimientos que muchas veces no le damos importancia, pero en los adultos mayores presentan mayor predisponencia debido a la degeneración fisiológica como social que comienzan a experimentar en durante esta etapa.

Estado de ánimo del adulto mayor durante una catástrofe

Consideramos que las catástrofes tienen un alto grado de relevancia en la actualidad debido a los acontecimientos que se viven en pleno 2020 en el mundo, pero en una visión específica a una población; observamos como los adultos mayores sobrellevan las catástrofes y como estas afectan el estado del ánimo, los autores Díaz, Reyes y Sosa (2016) refiere:

Los eventos catastróficos en su vínculo con las vivencias antes mencionadas, constituyen factores desencadenantes y reactivadores de síntomas relacionados con situaciones pasadas no resueltas o no superadas por el anciano, dadas por emociones inconscientes influenciadas a partir de vivencias impactantes a lo largo de su historia

personal y desencadenadas desde el evento traumático, en síntomas, malestares y desajustes mentales, conductuales y físicos; por ejemplo, aquella persona que ante un desastre, reexperimentar sentimientos de soledad o determinados temores al permanecer solo. (p.391).

Es así como una catástrofe tiene la capacidad de revivir un trauma emocional en el adulto mayor, si este cumple con las características de vivirla de manera dramática, tomando de manera desprevenida al adulto mayor, en una dinámica conflictiva entre la emoción y la razón en soledad debido a que “aunque todos saben lo sucedido, nadie sabe lo que se siente individualmente” (Díaz et al., 2016, p.391). El adulto mayor ante la catástrofe puede experimentar reacciones y sentimientos no percibidas anteriormente, que pueden desencadenar una interpretación esperable y no patológica, es decir a mayor peligro, igual será el nivel de angustia y tensión y es normal, pero por otra parte se puede dar la situación durante la catástrofe aparezca un mayor o menor nivel de intensidad en las manifestaciones de síntomas psicopatológicos.

Sobre las manifestaciones psicopatológicas más frecuentes que se producen a raíz de un evento catastrófico, se pueden citar: los trastornos depresivos y/o de ansiedad, el trastorno por estrés agudo, la conducta o ideación suicida, los trastornos disociativos, el trastorno de conversión, el trastorno psicótico agudo, el estado de pánico y el estrés postraumático. (Díaz et al., 2016, p.391).

Pensamientos distorsionados y estado animo en adultos mayores en tiempos de pandemia

Desde la perspectiva de la salud mental, la pandemia, debido a la crisis económica, el aumento de muertes y el alto riesgo de contagio se genera un riesgo psicosocial elevado en el adulto mayor, afectando de manera directa su estado de ánimo, en este contexto, como consecuencias es probable que aparezcan distorsiones cognitivas como la sobre generalización donde el adulto mayor comienza a considerar conclusiones catastróficas o pensamientos distorsionados sin tener ninguna base que fundamente su creencia, también, podemos encontrar la distorsión de visión catastrófica, donde el adulto mayor pensara que ocurrirá lo peor en cualquier momento, y otra distorsión a tomar en cuenta es la falacia de

control, donde sentirá que no tiene el control de su situación emocional ante cualquier hecho considerado como catastrófico, tomando en consideración estas distorsiones cognitivas predisponen al adulto mayor a permanecer en un estado depresivo.

Técnicas aplicadas para la recolección de la información

Para la recolección de datos se utilizó diversas técnicas que me permitieron ampliar la investigación además de identificar la problemática del Paciente, para así poder brindar Primeros auxilios psicológicos y contribuir a la mejora de su problemática. Con metodología cualitativa con alcance descriptivo no experimental.

Entrevista semiestructurada

Esta técnica se empleó con el fin de definir, analizar y comprender situaciones que comprometan el estado de ánimo y su compromiso con los pensamientos distorsionados del adulto mayor en tiempos de pandemia, mediante la implementación de un cuestionario previamente elaborado en donde se trató de abordar todos los aspectos psicológicos y comportamientos presentes del paciente en el cual se logró la recolección de datos e información relevante que contribuyeron a la valoración e identificación de problemas. [Ver Anexo 1.](#)

Historia clínica

En el estudio de caso la historia clínica, es una herramienta indispensable debido a que permite obtener datos y su respectiva corroboración en resultados. Esta técnica se usó con el propósito de conocer, el motivo de consulta, los antecedentes personales, familiares y conductas psicopatológicas del paciente; Para llegar a obtener una mejor información de su padecimiento actual y de esta manera poderlos codificar bajo los criterios del CIE-10 y poder implementar un plan terapéutico acorde a su problemática. [Ver Anexo 2.](#)

Observación clínica

Este instrumento permite ver directamente la base que representa al paciente, se implementó con el fin de conocer el estado de su entorno, vestimenta, gestos, síntomas somáticos, además, de observar si hay registros de nerviosismo en temas específicos, esta información es complementaria en la utilización de otras técnicas como la entrevista. [Ver Anexo 3.](#)

Test mini-mental

Mini-Mental State Examination (MMSE), este test fue realizado con el fin de valorar en el paciente si existe problemas de memoria, entre los cuales se encuentran cognitivos, leves o demencias. Se ejecutó el test por la edad del cliente, ya que este está dirigido a adultos mayores. [Ver Anexo 4.](#)

Test escala de Hamilton de depresión

Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS), es una escala que evalúa la depresión y la gravedad de sus síntomas de forma cuantitativa, en pacientes previamente diagnosticados, esta herramienta se implementó debido a los antecedentes de depresión dando a conocer la gravedad de sus síntomas. [Ver Anexo 5.](#)

Test Inventario de Depresión de Beck

Esta herramienta se llevó a cabo con la finalidad de identificar la severidad de un estado depresivo en el paciente adulto mayor. Esta mide los factores relacionados a esta psicopatología, tales como, la desesperanza, además, de síntomas físicos asociados a la depresión como la inapetencia. [Ver Anexo 6.](#)

Resultados obtenidos

Sesiones

13/07/2020 10: 35 am

La primera sección fue por tele-asistencia donde la esposa manifiesta que su cónyuge necesita ayuda psicológica de urgencia, en ese momento tuve mi primer contacto tele-asistido con el paciente donde se procedió a llenar datos de él; luego de verificar que el cliente vivía a tan solo 5 cuadras de mi casa, considere que sería oportuno atenderlo de forma presencial, desde ese momento acordamos con el paciente que lo agendaría para una cita previa.

18/07/2020 15:00 pm

El adulto mayor que colaboró con el presente estudio será catalogado como “Perseus” de 68 años de edad, de sexo masculino, nació en Milagro el 11 de febrero de 1952, Jubilado. En la segunda entrevista se plantea como objetivos obtener datos e información relevante que contribuyan al motivo de consulta. Se empieza entablando una conversación casual con la finalidad de generar Rapport, una vez que se ha brindado confort al paciente, se procede con la toma de datos personales, al momento el paciente se encuentra colaborativo, durante la entrevista el cliente indica su motivo de consulta en el que refiere que se encuentra horrorizado y mal por todo lo que está pasando con motivo de la pandemia, además, manifiesta que llegó al punto de utilizar cloro y alcohol en toda la casa y en su cuerpo por el miedo de ser infectado, él pensaba que de esta forma trataba de combatir al covid19, también menciona que por tirarse las sustancias químicas en parte de su cuerpo, pierde una parte de la visión; llegando al punto de ser operado por que le detectan leucoma, el paciente menciona que “desde ese momento mi vida cambió para mal, porque me siento inútil, cohibido y moralmente sufro bastante porque tengo que valerme por alguien más para poder hacer mis cosas”, además, manifiesta que por todo esto ha perdido su autoestima, piensa demasiado y se reprocha el por qué lo hizo. También manifestó que vive preocupado por su hija menor porque no puede cuidarla como un padre tiene que cuidar a sus hijos y su sufrimiento y dolor es cómo será el destino de su hija si no puede ver por ella. Así mismo, se obtuvo información sobre su historia personal y familiar, donde se pudo conseguir hallazgos importantes. Finalmente, se estableció una tarea, la cual consiste en examinar las evidencias basándonos en los pensamientos negativos, previamente se le explicó al paciente como poderla realizar.

25/08/2020 16:00 pm

La tercera sesión empezó así misma con una conversación casual, luego se procedió a la revisión de la tarea asignada con anterioridad, donde se notó que el paciente no concluyó su actividad con satisfacción, debido a una confusión propia al momento de realizarla. Se procedió a trabajar en ese momento en conjunto (paciente, psicólogo) la tarea ya asignada con la información brindada por el paciente, donde se comparó las evidencias a favor y en contra del mismo. Luego se aplicó el test de mini-mental considerado por el grupo etario al que pertenece el paciente, para detectar o descartar la existencia del deterioro cognitivo. Se estableció una tarea, la cual consiste análisis de costo beneficio de un pensamiento, previamente se le explico al paciente como poderla realizar. Se pudo conseguir hallazgos importantes como la obtención de síntomas para el cuadro sindrómico y realizar un diagnóstico diferencial que fue un F32 episodio depresivo mayor.

1/08/2020 14:00 pm

En la cuarta sesión se obtuvo los resultados arrojados por los test psicológicos analizando los hallazgos y su interpretación, y tener una información más precisa al momento de codificar se realizó dos test más, el Test escala de Hamilton de depresión y el Test Inventario de Depresión de Beck, los cuales se aplicaron para medir la gravedad de los síntomas de depresión que presenta el paciente. Para esta sesión se tenía planificado trabajar con una terapia de apoyo conocida como gimnasia neuróbica, del mismo modo se dejó establecido la técnica de Programación de actividades incluyendo ejercicios corporales. Al realizar esta técnica se observaron resultados favorables, tales como, cooperación y colaboración de su entorno familiar, además, que el paciente ha referido que se encuentra más tranquilo, y los pensamientos negativos han ido disminuyendo considerablemente desde la aplicación y realización de las primeras tareas.

Situaciones detectadas (hallazgos)

Resultado de los test aplicados

Se aplicaron 3 baterías psicométricas las cuales se pueden evidenciar en los anexos; Obteniendo el siguiente resultado:

Mini-mental: obtuvo una puntuación de 27 puntos dando como resultado, No existe deterioro cognitivo.

Test escala de Hamilton de depresión: obtuvo una puntuación de 26 puntos, definiendo, depresión muy severa.

Test Inventario de Depresión de Beck: obtuvo una puntuación de 33 puntos, dando como resultado, síntomas de depresión grave.

Área cognitiva:

Dentro de esta área podemos detectar situaciones tales como, dificultad para tomar decisiones lo cual se genera en el momento que el paciente se ve imposibilitado de realizar sus actividades cotidianas y que ahora requiere ayuda. Además, el paciente supo expresar que tiene pensamientos de inutilidad, culpabilidad y se siente rechazado lo cual hace referencia a distorsiones cognitivas.

Área afectiva:

Se encontraron signos y síntomas tales como, tristeza, melancolía, angustia, nostalgia. El paciente manifestaba que todo empezó cuando pierde cierta parte de la visión llegando al punto de sentirse solo, por el hecho de no poder ver y no poder hacer nada ante los demás, y siente que la relación con su familia ya no es la misma, del mismo modo la relación con sus hijas ha cambiado por el hecho de no poder compartir como antes.

Área conductual:

El paciente presenta un deterioro en sus interacciones sociales, considerando que él era una persona bastante empática. Además, se mantiene encerrado en su casa y la mayor parte del tiempo en su cuarto manteniendo el menor contacto posible con su entorno.

Área somática

Se encontraron signos y síntomas tales como Dolores de cabeza, ausencia de apetito, mal estar en el cuerpo y estreñimiento. El paciente menciona no poder dormir y se levanta todo el día gritando “no puedo dormir”.

Pensamiento

“Soy un inútil, no sirvo para nada, no puedo hacer nada por si solo he perdido mi autoestima y mentalmente piensa demasiado y me reprocho por qué lo hice”

Una vez realizada las evaluaciones y las áreas competentes se proceden a diagnosticar según los hallazgos previamente explicados, se logra corroborar en el manual de trastornos del CIE10 que el paciente padece de un F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Soluciones planteadas

En este estudio de caso, se trabajó bajo el enfoque cognitivo conductual, lo cual ayudo a evidenciar pensamientos distorsionados o también conocido como distorsiones cognitivas, y de la misma manera el cómo influye su estado de ánimo y en la creación de síntomas con el fin de corregir, analizar y modificar ese pensamiento.

Tabla 2
Matriz de esquema psicoterapéutico

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Resultados Obtenidos
Frases retóricas	Cambiar aquellos pensamientos que perturban al paciente	Examinando evidencias	1	que las evidencias en contra de aquel pensamiento son más altas, lo cual se cambió de manera favorable su manera de pensar
Pensamientos Distorsionados	Hacer que el paciente evalúe cuales son las ventajas y desventajas de aquella creencia que lo perturba	Análisis de costos beneficios	1	Se logró que el adulto mayor pueda evidenciar que tiene más ventajas que desventajas, Concluyendo que el porcentaje en base a ese pensamiento positivo son más altos
Dificultad para realizar actividades y sentimientos de inutilidad	Disminuir las preocupaciones e incluirle actividades que estimulen su motricidad por medio de ejercicios corporales.	Programación de actividades	1	Se logró que el paciente se mantenga ocupado en su día a día.

Nota. Esta tabla permite desarrollar un plan terapéutico

Del mismo modo se utilizaron técnicas de apoyo tales como ejercicios corporales y gimnasia neuróbica. Cabe recalcar que la terapia de apoyo conocida como gimnasia neuróbica no tiene respaldo científico, no obstante. El método de práctica sirve mucho para mantener la mente del paciente ocupado y no generar en los pensamientos distorsionados. La cual se aplicó con la finalidad de mejorar la capacidad cognitiva del paciente y potenciar

aquellas habilidades que habían disminuido en su día a día, del mismo modo mejora las capacidades intrapersonales e interpersonales y ejercita la atención y memoria.

Al realizar esta técnica se observaron resultados favorables, tales como, cooperación y colaboración de su entorno familiar, además que se trabajó en el paciente las áreas de motricidad fina y motricidad gruesa. El cliente ha referido que se encuentra más tranquilo, y los pensamientos negativos han ido disminuyendo considerablemente.

Por otra parte se trabajó con la técnica de apoyo conocida como ejercicio corporal donde se incluyó esta técnica en la programación de actividades, del mismo modo los resultados fueron favorables porque el paciente subo manifestar que se encuentra más tranquilo y más relajado, ya que el ejercicio corporal lo mantenía activamente porque trabaja todo su cuerpo y al mismo tiempo estimula y mantiene la salud del cuerpo y no solo fortalece el corazón y los músculos; sino también aumenta la capacidad mental, ayuda a combatir miedos, depresiones y el deterioro mental.

Del mismo modo esta técnica no tiene respaldo científico pero los resultados como tal son favorables, considerando la edad del paciente y los beneficios que le brinda esta técnica y el método de práctica sirve mucho. Por los diferentes métodos ya indicados y por los resultados obtenidos en el adulto mayor.

CONCLUSIONES

A raíz de esta situación que está pasando el mundo con respecto a la pandemia la Universidad Técnica de Babahoyo desarrolló un Plan de intervención y tratamiento en salud mental para brindar primeros auxilios psicológicos a la población en conjunto con los estudiantes del Décimo Semestre de la carrera de Psicología Clínica, de esta manera, se dio apertura para las prácticas pre-profesionales que se está llevando a cabo por medio de tele asistencia. Durante la ejecución de este proyecto se encontró un sinnúmero de problemas psicológicos, principalmente, los pensamientos distorsionados y su incidencia en el estado de ánimo de los adultos mayores.

Una vez realizado el estudio de caso a un paciente de 68 años de edad, se puede concluir que los pensamientos distorsionados si influyen de manera negativa en el estado de ánimo de un adulto mayor en tiempos de pandemia afectando las diferentes áreas cognitivas, social, Individual y familiar, de esta manera se cumple con el objetivo ya planteado que es determinar cómo inciden los pensamientos distorsionados en el desarrollo del estado de ánimo en un adulto mayor en tiempos de pandemia, para mejorar su calidad de vida.

Por lo tanto, el logro alcanzado en este estudio de caso es favorable ya que el paciente supo identificar sus pensamientos distorsionados y poderlos modificar por pensamientos positivos mediante las diferentes técnicas planteadas, del mismo modo se logró con el paciente sacar ventajas de aquellos pensamientos que lo agobiaban. Ya que la técnica de Análisis de costos beneficios ayudo a que el paciente evalué cuales son las ventajas y desventajas de aquella creencia que lo perturba y del mismo modo la técnica examinando evidencias.

El diagnóstico que se le determinó al paciente es el F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos donde se logra corroborar en el manual de trastornos del CIE10, este resultado se lo definió basándonos en las técnicas aplicadas para la recolección de la información en la cual fue una herramienta clave para poder establecer un plan terapéutico.

Se recomienda que el paciente continúe con el plan terapéutico, del mismo modo procurar un ambiente favorable para el progreso del bienestar físico, psicológico y social del paciente. Es importante que la familia se auto prepare en conocimientos, en el cómo convivir con un adulto mayor y mucho más en estado que se encuentra el paciente con respecto a su problema de visión, También es recomendable que el paciente siga recibiendo terapia psicológica y del mismo modo su familia para evitar problemas a futuro. En base a la pandemia se recomienda que el paciente se adapte a la nueva forma de vivir la vida y de la misma manera su familia.

BIBLIOGRAFÍA

- aguirre vásconez, e. i. (2015). *distorsiones cognitivas y su influencia en las relaciones afectivas de parejas en adolescentes*. disertación de grado, pontificia universidad católica del ecuador, ambato. obtenido de <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1173/1/75706.pdf>
- bahamón muñetón, m. j. (21 de 04 de 2013). relación entre esquemas inadaptativos, distorsiones cognitivas y síntomas de ludopatía en jugadores de casinos. *pensamiento psicológico*, 11(2), 89-102. obtenido de <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/404/1435>
- díaz barrientos, e., reyes terrero, e., & sosa coronado, a. m. (2016). comportamiento del anciano ante situaciones de desastres. *medisan*, 20(3), 390-394. obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30192016000300016&lng=es&tlng=es.
- gómez-maquet, y. (2007). cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *revista latinoamericana de psicología*, 39(3), 435-447. obtenido de <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/rlpsi/article/viewfile/333/233>
- gorráez, m. e. (2008). *introducción a la entrevista psicológica*. . méxico: trillas.
- greenberger, d., & padesky, c. a. (2016). *el control de tu estado de ánimo* (segunda ed.). (g. sánchez barberán, trad.) new york,london: espasa libros, s. l. u. obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=f9jcdaaaqbaj&pg=pa51&dq=estado+de+anim+o&hl=es-419&sa=x&ved=2ahukewi1v-ktg4frahvnh-akhdxba7gq6aewaxoecaeqag#v=onepage&q=estado%20de%20animo&f=false>
- maldonado rivadeneira, d. f. (2013). *relación entre las distorsiones cognitivas y la autoestima en mujeres con experiencia de separacion de pareja, consultantes en el subcentro de cumbayá*. tesis, universidad politécnica salesiana sede quito, quito. obtenido de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/6025/1/ups-qt04221.pdf>
- santos nalda , j., nalda, n., & nalda, p. (2018). *tus palabras crean tu realidad* (primera ed.). madrid, españa: kolima. obtenido de

<https://books.google.com.ec/books?id=ulwwdwaqbaj&pg=pt40&dq=estados+de+animo&hl=es&sa=x&ved=2ahukewiziow07inrahxxct8khtqsc4gq6aewbhoecayqag#v=onepage&q=estados%20de%20animo&f=false>

sotelo, a., rojas soto, j. e., sánchez arenas, c., & irigoyen coria , a. (2012). la depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *archivos en medicina familiar*, 14(1), 5-13. obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2012/amf121b.pdf>

williams, p. (2020). *enfermería geriátrica* (7 ed.). barcelona: elsevier. obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=45budwaaqbaj&pg=pa213&dq=ansiedad+en+adultos+mayores&hl=es&sa=x&ved=2ahukewju6ijtnirrahvshoakhqjcaxeq6aewa3oecaqqag#v=onepage&q=ansiedad%20en%20adultos%20mayores&f=false>

ANEXOS

Anexo 1: Entrevista semiestructurada

1. ¿Cómo se ha sentido desde el momento que le dieron su diagnóstico médico?
2. ¿Cómo se siente desde el día que ingreso hospitalizado?
3. ¿Por qué piensa que sus demás familiares sienten lastima hacia usted?
4. ¿Cuál es su mayor temor o que es lo que más le preocupa?
5. ¿Cree que es la forma correcta de estar asimilando la situación por la que está pasando?

Anexo 2: Historia clínica

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: ____/____/____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Estado civil: _____

Religión: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

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

6.3. HISTORIA LABORAL

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

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

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

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

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

6.9. HISTORIA MÉDICA

6.10. HISTORIA LEGAL

6.11. PROYECTO DE VIDA

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

—
7.2. ORIENTACIÓN _____

7.3. ATENCIÓN _____

7.4. MEMORIA _____

7.5. INTELIGENCIA _____

7.6. PENSAMIENTO _____

7.7. LENGUAJE _____

7.8. PSICOMOTRICIDAD _____

7.9. SENSOPERCEPCION _____

7.10. AFECTIVIDAD _____

7.11. JUICIO DE REALIDAD _____

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD _____

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social - escolar		
Somática		

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

Firma del pasante

Anexo 3: Observación clínica

FICHA DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES

Nombre:

Sexo:

Instrucción:

Tiempo de observación:

Fecha:

Tipo de observación:

Nombre del observador:

II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA

DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE

DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO (DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS OBSERVADAS – REGISTRO NARRATIVO).

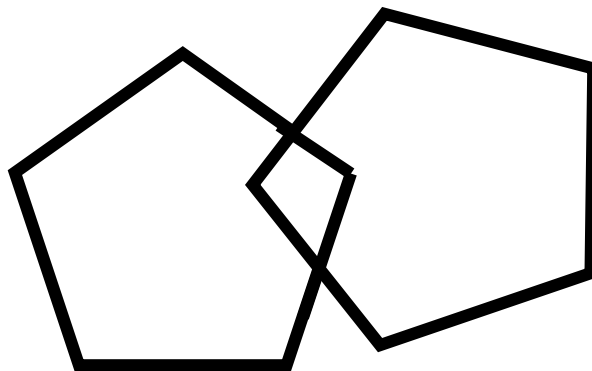
COMENTARIO

Anexo 4: Test mini-mental

MINI -MENTAL STATE EXAMINATION																	
Nombre y Apellidos:																	
Fecha nacimiento:								Estudios:									
¿A qué edad finalizó los estudios?:								Sabe leer: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
Profesión:								Sabe escribir: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
I. ORIENTACIÓN TEMPORAL						II. FIJACION						V. LENGUAJE					
¿En qué año estamos?						Nombrar 3 objetos,						Señalando el lápiz ¿Qué es esto?					
¿Qué día del mes es hoy?						a intervalos de 1 segundo						INC	0	COR	1		
¿En qué mes del año estamos?						BICICLETA, CUCHARA, MANZANA						Señalando el reloj ¿Qué es esto?					
RESPUESTA			REAL			Ahora dígalos usted						INC	0	COR	1		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		INC	COR			0	1	2				
0	0	0	0	0	0	0	0	1	BICICLETA	0	1	Quiero que repita lo siguiente:					
1	1	1	1	1	1	1	1	1	CUCHARA	0	1	"NI SÍ, NI NO, NI PEROS"					
2	2	2	2	2	2	2	2	2	MANZANA	0	1		0	1			
3	3	3	3	3	3	3	3	3		0	1	2	3	Haga lo que le voy a decir			
4	4	4	4	4	4	4	4	4	Repetir los nombres hasta que los aprenda.		INC	COR					
5	5	5	5	5	5	5	5	5		Coja este papel con la mano derecha,	0	1					
6	6	6	6	6	6	6	6	6									
7	7	7	7	7	7	7	7	7	III. ATENCION Y CALCULO								
8	8	8	8	8	8	8	8	8	Le voy a pedir que reste desde						dóblelo por la mitad	0	1
9	9	9	9	9	9	9	9	9	100 de 7 en 7								
¿Qué día de la semana es hoy?						RES	REAL	INC	COR	y déjelo en el suelo				0	1		
RESPUESTA							93	0	1								
L	M	X	J	V	S	D		86	0	1			0	1	2	3	
REAL							79	0	1	Haga lo que dice aquí:							
L	M	X	J	V	S	D		72	0	1	(mostrar atrás de esta hoja)						

¿En qué estación del año estamos?				65	0	1	“Cierre los ojos”													
RESPUESTA		REAL		0	1	2	3	4	5											
PRIMA		PRIMA		Deletree al revés la palabra				Escriba una frase que tenga												
VERANO		VERANO		MUNDO				sentido (atrás de esta hoja)												
OTOÑO		OTOÑO		RES	REAL	INC	COR													
INVIER		INVIER			0	0	1	Copie este dibujo (atrás de esta												
	0	1	2	3	4	5		D	0	1	hoja)									
ORIENTACION ESPACIAL					N	0	1													
¿En qué país estamos?					U	0	1	PUNTUACION TOTAL												
INC	0	COR	1		M	0	1	0	1	2	3									
¿En qué provincia estamos?					0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
INC	0	COR	1	IV. MEMORIA				Puntuación máxima (30)												
¿En qué ciudad estamos?				Dígame el nombre de los tres				EDAD												
INC	0	COR	1	objetos que le nombré antes				E		≤ 50	51-75	>75								
¿Dónde estamos ahora?					INC	COR		S	≤ 8	0	+1	+2								
INC	0	COR	1	BICICLETA	0	1		C	9-17	-1	0	+1								
¿En qué piso /planta estamos?				CUCHARA	0	1		O	>17	-2	-1	0								
INC	0	COR	1	MANZANA	0	1	PUNTUACION													
	0	1	2	3	4	5		0	1	2	3	CORREGIDA								

Cierre los ojos



Anexo 5: Test escala de Hamilton de depresión

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

10. Ansiedad psíquica	<ul style="list-style-type: none"> 0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle
11. Ansiedad somática	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante <p style="text-align: center;">Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<ul style="list-style-type: none"> 0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<ul style="list-style-type: none"> A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) <ul style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. Insight (conciencia de enfermedad)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

Anexo 6: Test Inventario de Depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación..... Educación:..... Fecha:.....

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.*

1. 0 No me siento triste
 1 Me siento triste
 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2. 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
 1 Me siento desanimado respecto al futuro
 2 Siento que no tengo que esperar nada
 3 Ciento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no Van a mejorar

3. 0 No me siento fracasado
 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
 3 Me siento una persona totalmente fracasada

4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
 1 No disfruto de las cosas tanto como antes
 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica con las cosas
 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5. 0 No me siento especialmente culpable
 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones
 2 Me siento culpable en la mayoría de las situaciones
 3 Me siento culpable constantemente

6. 0 Creo que no estoy siendo castigado
 1 Siento que puedo ser castigado
 2 Siento que estoy siendo castigado
 3 Quiero que me castiguen

7. 0 No me siento descontento conmigo mismo

- 1 Estoy descontento conmigo mismo
2 Me avergüenzo de mí mismo
3 Me odio
8. 0 No me considero peor que cualquier otro
1 Me autocritico por mis debilidades o por mis errores
2 Continuamente me culpo de mis faltas
3 Me culpo por todo lo malo que me sucede
9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría
2 Desearía suicidarme
3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad
10. 0 No lloro más de lo que solía
1 Ahora lloro más que antes
2 Lloro continuamente
3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera
11. 0 No estoy más irritado de lo normal en mí
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes
2 Me siento irritado continuamente
3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solía irritarme
12. 0 No he perdido el interés por los demás
1 Estoy menos interesado en los demás que antes
2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
3 He perdido todo el interés por los demás
13. 0 Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho
1 Evito tomar decisiones más que antes
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
3 Ya me es imposible tomar decisiones
14. 0 No creo tener peor aspecto que antes
1 Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo
2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
3 Creo que tengo un aspecto horrible
15. 0 Trabajo igual que antes
1 Me cuesta un esfuerzo trabajar igual que antes
2 Tengo que obligarme para hacer todo
3 No puedo hacer nada en absoluto
16. 0 Duermo tan bien como siempre
1 No duermo tan bien como antes
2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir

17. 0 No me siento más cansado de lo normal
1 Me canso más fácilmente que antes
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
3 Estoy demasiado cansado para hacer nada
18. 0 Mi apetito no ha disminuido
1 No tengo tan buen apetito como antes
2 Ahora tengo mucho menos apetito
3 He perdido completamente el apetito
19. 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
1 He perdido más de 2 kilos y medio
2 He perdido más de 4 kilos
3 He perdido más de 7 kilos

Estoy a dieta para adelgazar:

SÍ NO

20. 0 No estoy preocupado por mi salud más que lo normal
1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa
21. 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1 Estoy menos interesado por el sexo que antes
2 Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo
3 He perdido totalmente mi interés por el sexo