



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



DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA) DEL EXAMEN
COMPLEXIVO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

PROBLEMA:

ABANDONO FAMILIAR Y SUS EFECTOS EN LA DEPRESIÓN EN UN ADULTO
MAYOR

AUTORA

JANDRI JOMIRA IZQUIERDO MOYANO

TUTOR:

LENIN PATRICIO MANCHENO PAREDES, MSC

BABAHOYO – 2020



INDICE

Resumen	iii
Introducción.....	1
Desarrollo	2
Justificación	2
Objetivo general	2
Sustentos teóricos	3
Técnicas aplicadas para la recolección de la información.....	10
Resultados obtenidos	12
Situaciones detectadas	15
Soluciones planteadas.....	17
Conclusiones.....	19
Bibliografía.....	21

RESUMEN

El actual estudio de caso se desarrolló con la finalidad de establecer la influencia que adquiere el abandono familiar sobre el desarrollo de la depresión en un adulto mayor de 68 años del recinto la victoria a la altura del puente La Margarita de la parroquia Pimocha del cantón Babahoyo y elaborar una propuesta que permite ejecutar la intervención psicoterapéutica la cual se mantiene en la exploración bibliográfica todo lo concerniente al abandono familiar y sus tipos se crea referencia de igual forma acerca de los efectos y consecuencias que causa en la vida de los individuos de la tercera edad el vivir con estas problemáticas.

Palabras Claves: Abandono Familiar, Adulto Mayor, Depresión, Terapia Cognitiva Conductual.

ABSTRACT

The current case study was developed in order to establish the influence that family abandonment acquires on the development of depression in an adult over 68 years of age from the La Victoria area at the height of the La Margarita bridge in the Pimocha parish of Babahoyo canton. and elaborate a proposal that allows to execute the psychotherapeutic intervention which is maintained in the bibliographic exploration everything concerning family abandonment and its types, reference is created in the same way about the effects and consequences it causes in the lives of the individuals of the third age to live with these problems.

Key Words: Family Abandonment, Elderly, Depression, Cognitive Behavioral Therapy.

Introducción

La vejez es la última etapa de vida del individuo, posiblemente una de las más temidas debido a los cambios físicos y cognitivos que se muestran en el lapso, la dependencia que la misma conlleva o las oposiciones tales como el abandono o rechazo familiar al que este grupo etario posee que formar frente. Debido a los cambios que se producen en esta etapa el sujeto solicita cuidados característicos y la familia se torna un apoyo fundamental, no obstante, esto no siempre acontece; por tanto, el núcleo familiar o vínculo más cercano del adulto mayor debido a una falta de conocimiento o concientización los supone una carga que no están dispuestos enfrentar.

Cuando el núcleo familiar toma la drástica decisión de considerarse auto insuficientes para el cuidado del adulto mayor, toman como única solución abandonarlo en casa o en otros casos enviarlo a instituciones geriátricas en la que terceras personas se encargaran de su cuidado. Los familiares no brindan el apoyo psicoafectivo que es vital en esta etapa del individuo, originándole pensamientos y la sensación de soledad y abandono, y si estos pensamientos y sentimientos son constantes, es muy probable que varias áreas sean afectadas causando repercusiones en el estado de ánimo considerablemente lo que podría conllevarle a una depresión

En el método utilizado para tal fin, consta el método de inducción y se afronta desde una perspectiva cualitativa. En este ámbito, esta investigación es esencialmente una investigación exploratoria condicional, y nunca se ha mencionado ningún elemento analítico sobre este tema. Esta área de investigación corresponde a las líneas de prevención y diagnóstico psicológico y la sublinea funciones socioemocionales en el ámbito familiar. De manera similar, se han adoptado varias técnicas para recopilar información, como entrevistas, observaciones y aplicaciones de prueba. Una vez obtenido el diagnóstico, se propone el plan de tratamiento psicológico más adecuado según las características de personalidad y enfermedades del adulto mayor, y se propone la terapia cognitivo-conductual.

DESARROLLO

Justificación

En la actualidad, el abandono de las personas mayores es un problema social cada vez más cuestionable. En el caso de los desfavorecidos y la falta de vivienda, la situación de este grupo de personas ha aumentado. Este hecho ha desencadenado problemas emocionales entre ellos; Desde la perspectiva de los familiares que lo consideran inferiores e improductivos, por otro lado, se asume que nadie los quiere ni admira. Al realizar este estudio de caso, es útil intentar evaluar y diagnosticar el grado de influencia que provoca una persona mayor que vivió el abandono por parte de sus familiares desde una perspectiva psicológica. Al mismo tiempo, gozarán de una alta reputación en el ámbito social, pues llegarán a un consenso a través de las consecuencias para verificar y dar respuesta a la metodología llevada a cabo en otros estudios, para luego desarrollar programas de psicoterapia adecuados que ayuden a mejorar la calidad de vida de este grupo de edad.

Si bien es innegable que el estado ecuatoriano brinda diversos programas de atención a los pacientes de edad avanzada que han brindado de manera persistente procedimientos de tratamiento para este problema, siempre colisionan a nivel social, económico o clínico; pero a través de este estudio de caso se pretende abordar esta problemática desde el campo de la psicología, y tiene como objetivo aportar cantidades teóricas según esta regla para beneficiarse del Objetivo 3 propuesto en el Plan Nacional del Buen Vivir. Como beneficiario directo, el adulto mayor de 68 años del recinto La Victoria ubicado en la altura del Puente La Margarita de la Parroquia Pimocha, del cantón Babahoyo, el tiempo determinado de tratamiento es de dos meses, los beneficiarios indirectos serán otros individuos de este grupo etario, la sociedad y el país. Argumentando de esta manera viabilidad para la eficiencia de este trabajo.

Objetivo general

Establecer la influencia que adquiere el abandono familiar, sobre el desarrollo de la depresión en un adulto mayor de 68 años del recinto La Victoria a la altura del puente la margarita de la parroquia Pimocha del cantón Babahoyo.

Sustentos teóricos

Abandono familiar

Según (Himes & Reidy, 2017) manifiestan que llegar a la senectud envuelve una sucesión de cambios tanto físicos como cognitivos, pero esto no amedrenta a este grupo etario, en balance con la disolución del núcleo familiar a la que son expuestos. La vejez comienza cerca de los 65 años y en gran medida está constituida por viudos, jubilados o sufriendo enfermedades drásticas.

Esta población etaria vive de manera habitual con alguno de sus hijos lo que reincide en el fenómeno designado “abuelo maleta” o “golondrina” en el cual cada uno de sus hijos establecen agendas rotativas respecto a la atención del sujeto mayor, gran parte de este grupo anciano recibe atención por sus familiares debido al sistema de sustento formal que perciben ya sean renta por jubilaciones y bonos que el Estado les suministre o por la retribución de amor que sus hijos conceden. Diferente a lo que sucede con la cara oculta de aquella población de adultos mayores que escasean de un método de apoyo formal produciendo que sus hijos los relacionen como una imposición económica y de tiempo, desencadenando una condición negativa y deshumanizante ante este grupo de adultos mayores que reflexionan a la familia como “el primer recurso y el último refugio”. En el Estado Ecuatoriano existe la LEY ORGANICA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, carente de un mecanismo de control exhaustivo que legisle el cumplimiento de los derechos de este grupo vulnerable instituidos en el siguiente artículo:

Art. 11.- Corresponsabilidad de la Familia. La familia tiene la corresponsabilidad de cuidar la integridad física, mental y emocional de las personas adultas mayores y brindarles el apoyo necesario para satisfacer su desarrollo integral, respetando sus derechos, autonomía y voluntad (Del Pozo, 2019)

El apartado antes indicado no ha sido una herramienta para que la familia avale a cabalidad lo determinado como beneficio del adulto mayor y muestra de aquello es el habitual abandono al que son expuestos este grupo de atención prioritaria cuya población se aumenta con los años. En otras épocas la atención de la persona mayor era un

acto mutuo donde cuyos hijos inspeccionaban y correspondían los atendidos de sus padres restituyendo lo retribuido con una existencia digna y feliz como un hecho de corresponsabilidad. El abandono es el ejercicio de abandonar a un sujeto, es indicar cuando se los abandona sin los recursos para permanecer tanto a nivel financiero o cariñoso existiendo este último de mayor notabilidad debido a las dificultades emocionales que consiguen libertar.

Según cifras oficiales un promedio de diez ancianos muere al mes en completo estado de abandono, alcanzando a ser detectados únicamente por los fétidos olores que emana la descomposición de su cuerpo de forma que se logra demostrar la ineficiencia de la mediación social o escasas de los lazos familiares.

Tipos de abandono:

Según (Belesaca & Buele, 2016) los tipos de abandonos al que son expuestos los adultos mayores por sus familiares se manifiestan de distintas maneras, entre los que cabe indicar tenemos:

- Abandono emocional: implica la carencia de afecto, apoyo y empatía de sus familiares, separación de visitas físicas o llamadas telefónicas hacia el adulto mayor desestabilizando su salud mental y afectando gravemente la calidad de vida de este grupo etario ya que suelen deprimirse y al presentarse este cuadro clínico es difícil que lo pueda superar ya que no accede a ayuda profesional psicológica.
- Abandono material: La International Network for the Prevention of Elder Abuse (s.f), alega que el abandono material abarca los recursos monetarios destinados a cubrir las necesidades del adulto mayor como: proveer de alimentación, ropa, insumos médicos y un lugar seguro que garantice su subsistencia.
- Abandonado total, parcial y físicamente. Renuncian por completo los familiares, en cuanto a lo referente a los cuidados y necesidades de los ancianos, y no brindan ningún apoyo económico, emocional o asistencial; en el caso de que los ancianos

no puedan cuidar de sí mismos, si no hay nadie presente, pueden ayudarte con las actividades básicas.

- Cuando los miembros de la familia no pueden cuidar a los ancianos por motivos de trabajo, estudio o simplemente no quieren atender a los ancianos por diversas razones, el abandono parcial es obvio, pero pagan para que terceros velen por el bienestar del adulto mayor o recurren en algunos casos a centros de acogida privado para que sean atendidos, y rara vez lo visitan de vez o casi nunca, creando un distanciamiento de los lazos emocionales y las relaciones familiares.
- Abandono físico: los familiares contribuyen de forma negativa al aislamiento y soledad del adulto mayor, ya que no desean cubrir los gastos y necesidades derivados del cuidado del anciano, e incurren a desalojarlos de sus hogares habituales o algún diferente al de su hábitat normal y abandonarlos sin impedir los daños físicos que la situación de calle puede desencadenar (Belesaca & Buele, 2016)

Causas del abandono del adulto mayor

La vejez como última etapa de vida del ser humano es caracterizada por diversos factores como problemas de salud, inestabilidad económica y dependencia por enfermedades físicas o mentales y la mayoría de las familias no están preparadas para brindar apoyo y afecto a los ancianos haciendo de esta etapa de vida la más traumática, entre las principales causas de abandono del adulto mayor tenemos:

- Condición socioeconómica: es uno de los principales motivos que ejercen mayor influencia en el abandono del adulto mayor ya que este no es un ser económicamente activo, la familia lo considera como generador de gastos que puede originar un desequilibrio económico e incurren en la idea de que son auto insuficientes para cubrir las necesidades y cuidados que demande el adulto mayor. (Hernández, Palacios, & Cajas, 2016)
- Quiebre familiar: la sensibilidad y comprensión familiar es vital en la senectud, sin embargo, existe un vínculo afectivo deteriorado, ya que las familias incurren a que

el cuidado del adulto mayor sea realizado por terceras personas o en defecto por instituciones geriátricas. Una reciente investigación realizada por Paucar y Quezada (2012), revela que los adultos mayores institucionalizados no reciben visitas continuas de sus familiares generando una influencia en su estado emocional como factor detonante de la depresión.

La salud es otro de los campos sumergidos en el quebrante familiar digno a la sumisión que forman los padecimientos físicos o mentales; estas logran producir estrés en el vigilante condicionalmente a mayor grado de sumisión acrecentara la atención y cuyo resultado es el apartamiento o abandono del adulto mayor. Definitivamente, la metamorfosis de los valores de la sociedad, en donde el hombre solo invade el tiempo en ocuparse y ocasionar, resultando que el adulto mayor no sea atendido y considerado como el sujeto más significativo del núcleo familiar.

Repercusiones del abandono del adulto mayor

Abandonar en todos los aspectos al individuo sobrelleva a una sucesión de resultados tales como: Desamparar en todos los aspectos al adulto mayor conlleva a una serie de consecuencias tales como: afectaciones en la salud, desarrollo de trastornos mentales, indigencia y exclusión social. Cuando una persona de edad avanzada sufre el abandono de sus seres queridos y no cuenta con un sustento económico su alimentación es insuficiente y su organismo tiende a deteriorarse puesto que en el envejecimiento se padece de disminución de la insuficiencia fisiológica, es decir, la capacidad que tiene el organismo de adaptarse a cualquier adversidad, además de carencia de mecanismos de reparación, debido que en el envejecimiento el sistema inmune no responde satisfactoriamente a tratamientos de enfermedades.

A lo largo de la vida varios acontecimientos pueden determinar la salud mental de este grupo etario como la pérdida de sus funciones que conllevan a la dependencia, afecciones crónicas, experiencias como el afrontamiento de la muerte de un ser querido, abandono, soledad y preocupación excesiva por obtener ingresos económicos. Todos estos factores pueden desencadenar trastornos emocionales que son más frecuentes en el envejecimiento (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Y es que el impacto de la salud mental interviene en la manifestación de otras patologías como hipertensión arterial, diabetes, cáncer de colon en consecuencia en cuanto a reseña a salud mental no debe abordarse de manera separada a salud física debido al impacto significativo en las personas

Según (Flores, 2015) manifiesta que la indigencia en las personas de edad avanzada suele presentarse como consecuencia del abandono familiar ya que teniendo el deber o la obligación dejan de proveer los medios de subsistencia y estos recurren a situación de calle, viviendo a la intemperie como único medio de supervivencia, exponiéndolos al deterioro de su salud física ya que no disponen de una adecuada alimentación, además de la estigmatización de la gente que los señala como labradores de su propio destino debido a su apariencia y ubicación. La indigencia en los adultos mayores es el reflejo del descuido de los derechos del adulto mayor amparados en la Constitución, orillándolos a un futuro incierto y aumentando la tasa de mortalidad.

Al padecer de limitaciones físicas disminuye la interacción social, consecuentemente el adulto mayor es aislado de todo contacto externo como barrio, comunidad, sitios de recreación, etc. No tienen una participación en el entorno social y solamente figura la imagen de los cuidadores primarios y en el peor de los casos a veces son marginados hasta en su propia casa. El Ecuador cuenta con la implementación de políticas de integración dirigidas a adultos mayores a cargo del MIES (Ministerio de inclusión económica y social) para lograr una vejez activa y digna como el programa denominado: “Mis Mejores Años”.

Depresión

Según (Zarragoitía, 2017) expresa que es una afección mental englobada en los trastornos del estado de ánimo, se caracteriza por tristeza constante, existencia de pérdida de interés o dificultad para realizar tareas habituales, pérdida de apetito, problemas de sueño y deterioro de la confianza y autoestima, estas afectaciones deben persistir por al menos dos semanas. No hay distinciones de edad para el desarrollo de esta afección mental sin embargo es más frecuente en los adultos mayores, pero en la mayoría de casos no se diagnostica ni se trata debido a que quienes la padecen presentan reticencia a buscar ayuda.

La depresión es considerada como el enemigo silencioso creando reseña a que sus síntomas no son expuestos ante un profesional debido a los tabú de los trastornos depresivos, causando serios estragos o incluso la muerte en los casos más nefastos, de ahí su denominación como enemigo silencioso debido a la falta de atención en sus fases iniciales o estigma de las demás personas que consideran que el individuo puede “curarse” por sí mismo si ejerce voluntad propia. A menudo suele usarse el término de depresión de manera inadecuada, haciendo alevosía a periodos cortos de tristeza o desánimo tras experimentar diversas situaciones, pero lo que realmente se considera a la hora de diagnosticar un cuadro depresivo es la intensidad y duración de los signos y síntomas que pueden deteriorar la calidad de vida de la persona que los padece.

Causas

Expresan (Molina & Arranz, 2016) que no se ha establecido una causa única como detonante de la depresión, existen diversos factores que pueden desencadenarla como la influencia de hormonas tales como la continuación de bajos niveles de dopamina, serotonina y noradrenalina, cuyas sustancias son las encargadas de la regulación del estado de ánimo y que juegan un papel primordial condicionalmente los niveles bajos de estas sustancias están ligados con los cuadros depresivos. Algo similar sucede con las alteraciones hormonales durante y después del embarazo debido al aumento de estrógenos y progesterona en esa etapa, al igual que la interacción compleja de hormonas que se proporcionan en el ciclo menstrual.

La coexistencia de enfermedades crónicas u otras catastróficas logran mostrar un riesgo de cuadros depresivos, pues es un golpe duro que enfrentan los individuos completo a la incertidumbre, las modificaciones de estilo de vida y ajuste por las limitaciones físicas que logran demostrarse si la enfermedad lo solicita conjuntamente de la preocupación excesiva por cubrir los gastos, el padecimiento de estas enfermedades logra ser breves o permanentes y declinar de forma gradual con el pasar del tiempo, los síntomas de la depresión logran empeorar la enfermedad crónica y en general su estado físico

Por último, los factores psicosociales que son reflexionados predisponentes y solicitan de ajustes por un corto periodo de tiempo como la muerte de un ser querido, divorcio o separación, pérdida de trabajo, dificultades financieros, aspecto o estereotipos de belleza, soledad, abandono, carencia de figura materna o paterna en la niñez, entre otros. Estos elementos trastornan a sujetos capacitados y sensibles interactuando en el progreso de la depresión (Ruiz S. , 2016)

Consecuencias

Expresan (Roca & Aragonés, 2018) que el sufrimiento de la depresión logra poseer resultados en diferentes áreas del sujeto; a nivel social intercepta en el progreso de las relaciones afectuosas e interpersonales pues disminuye la confianza y la autoestima, en el plano laboral resulta en la disminución de ventaja ante el problema de concentración u otros déficits cognitivos, problemas en el sistema digestivo debido que uno de los síntomas característicos de la depresión es la falta de apetito (hiporexia).

Y finalmente una de las consecuencias drásticas es el suicidio, por ende es importante tratar la depresión a la brevedad posible ya que no es solo un estado de tristeza también ocurren una serie de pensamientos negativos como el deseo de no vivir y “acabar con tanto sufrimiento” que terminan con la ejecución de los mismos.

Al analizar esta condición patológica del anciano es necesario ejecutar una serie de condiciones que nos herencia de las situaciones de los pacientes con depresión en primer lugar existe alguna variables psicosociales típicas con este grupo de edad como la soledad y la debilidad social que se relacionan con el tratamiento enfrentamiento de los ancianos y determinadas tareas preventivas de este tipo de patología además la mayoría de las personas mayores reciben pensiones o las pensiones son mucho más bajas que un salario habitual razón por la cual en varias excepciones su nivel de vida suele disminuir.

Tipos de depresión

De acuerdo con las claras características del DSM-5 en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y la CIE-10 en la Clasificación

Internacional de Enfermedades, la depresión se puede dividir en diferentes categorías o tipos. Entre ellos están:

- Trastorno depresivo mayor (Depresión severa)
- Ciclotimia
- Trastorno ansioso-depresivo (Ansiedad y depresión)
- Trastorno afectivo estacional (Depresión atípica)
- Trastorno afectivo estacional.
- Trastorno bipolar.

Para (MINSAL, 2018) establece de acuerdo con el razonamiento del manual anterior, el grado o grado de depresión que presenta el paciente corresponde a la intensidad, recurrencia y permanencia de los síntomas relacionados con la enfermedad; en conjunto conduce al deterioro del estado emocional y funcional del sujeto. Bajo estas medidas, la depresión leve está determinada por una serie de síntomas, estos síntomas dañarán levemente la capacidad del cuerpo, pero no cortarán ni limitarán por completo el desarrollo de las actividades periódicas del paciente, y pasarán el diagnóstico 5 o 6 estándares a establecer.

Asimismo y cada vez más, dependiendo del declive de la función y el aumento de los síntomas, se producirá una depresión moderada si la enfermedad deteriora por completo sus capacidades, funciones y estado emocional; si el individuo no está motivado o motivado para realizar las tareas más básicas. Tarea o actividad, el diagnóstico es depresión severa.

Técnicas aplicadas para la recolección de la información

Para la ejecución de este caso se utilizaron diferentes tecnologías y se utilizaron herramientas propias, estas herramientas pueden recolectar toda la información necesaria, lo que permite dar un abordaje integral a la solución del problema. A continuación, se especificará cada tecnología utilizada en este trabajo.

La entrevista: Esta técnica se basa en un diálogo entre dos o dos personas con objetivos concretos, una de ellas gestiona el proceso y el tiempo de la intervención, intenta dominar la estructura prediseñada o planificada, e intenta resolver parcialmente o no reducir alguna intervención. La estructura anterior lo demuestra. Se basa en el momento actual. En este estudio de caso, la herramienta se utilizó durante cada encuentro con un individuo para obtener datos que detallaran la historia clínica del anciano. Desde el primer encuentro, los datos fueron investigados y clasificados, el individuo y la familia del individuo Historia y motivo de consulta. En esta entrevista utilizamos un formato semiestructurado que incluye preguntas cerradas para datos personales y familiares y del paciente, así como preguntas abiertas o libertad de expresión por motivos de consulta.

En la segunda reunión, también se utilizó un método de entrevista semiestructurada para investigar más información sobre temas personales y comprender su estado psicológico. El tipo de preguntas para esta reunión es abierta, y aceptan participar en el discurso de apertura hasta el final. Hasta cierto momento. 5 minutos y 8 minutos, solo cuando se especifican detalles específicos o se explican términos confusos.

La observación: Es esencialmente un punto de vista cualitativo. Esta es una técnica obligada de todo tipo de investigación. En este caso, la observación de las características y comportamiento del paciente, como en este caso de estudio, se utiliza para los ancianos en el curso. Y utilice la guía de observación como herramienta para examinar a cada paciente. Datos que se observan espontáneamente durante una reunión con un paciente y que la consulta del vecino evita. En el primer encuentro, el guía de observación constató que se abandonaba la apariencia del paciente, el aseo y la ropa personal, el rostro triste, la falta de atención y la actitud. Cada vez que hablaba de familia, ensayos y pensamiento lento, lloraba y desaceleraba Velocidad; falta de función motora y movimiento corporal.

En los registros de la segunda guía de observación, el anciano estaba acostado en la cama ese día y no quería levantarse. Mantuvo su apariencia física, ojeras bajo los ojos, y se sentó en una silla dura, mostrando su mejor esfuerzo, aunque no realizó ningún trabajo físico y se mostró emocional. Igual que el primer apartado, pero la expresión es muy triste, el habla, el pensamiento, las funciones motoras y los movimientos

corporales se ralentizan; al hablar de su familia o que le cuenten de ella, los ojos enrojecen y lloran.

Durante la tercera sesión correspondiente a la aplicación de pruebas psicológicas, se verificó en la guía de observación que el paciente permanecía abandonando su apariencia, reacio a leer las preguntas de la prueba, desatento y desatento. Los ítems, la lentitud para contestarlos y su rostro siempre está triste y llorando, sobre todo en cuestiones que involucran su estado mental.

Test psicométrico: En general, se acepta que la prueba Yesavage Geriatric Depression Scale se utilizó el 10 de julio en personas mayores diagnosticadas con "probablemente deprimidas". Para facilitar el avance de este caso de estudio, se ayudó como herramienta el acrónimo en inglés de la Hamilton Depression Rating Scale (HDRT), se aplicó en base a los síntomas mostrados por el individuo en el primer apartado, y se establecieron medidas de seguimiento para adelantar. Un diagnóstico claro de pruebas anteriores. Según la periodicidad, intermitente o intensidad de los síntomas, cada ítem se determina entre 0 y 4 puntos; la puntuación total va de 0 a 52, y el punto crítico de cada nivel de depresión (de 0 a 7) se monopoliza como "no deprimido" "Y" depresión severa "mayor de 23.

Para su aplicación, las instrucciones correspondientes son para los ancianos, pero dijo que no tenía el valor de leer, por lo que decidió leer estas preguntas, y solo se dio cuenta de que se determinaba un valor entre 0 y 4 según la intensidad de la edad. Síntomas, con una puntuación total de 28 puntos, lo que equivale a una depresión muy grave.

Resultados obtenidos

Para evaluar el diagnóstico psicológico del paciente en este estudio de caso, se realizaron tres sesiones cuyos detalles son los siguientes:

Primera sesión: A pedido de la trabajadora social de la compañía agrícola la Julia S.A, se entabló formalmente la sesión desde las 10:00 am hasta las 11:00 am del día 15 de julio, y se estableció aquí como un motivo de consulta "diagnóstico y evaluación

psicológica del anciano para identificar deterioro o impacto cognitivo". Su interferencia emocional. El vecino que es trabajador de esta empresa anuncia que el paciente ha estado con ánimo decaído, su semblante no es el mejor y que esto ha permanecido durante unos tres meses y no quiere o no está dispuesto a realizar o participar en actividades recreativas, la mayor parte del tiempo se pasa en el dormitorio acostado en la cama y apenas come durante el día. Es morador de ese sector desde hace muchos años y vecino de este trabajador por un periodo de 10 años, ha estado aislado del mundo, siempre pidiendo llamar a sus familiares y llorando constantemente.

Luego, entablé dialogo con el paciente de manera individual, instruyéndole el formato de presentación y explicándole el propósito de la intervención con él objetivo de establecer una relación armoniosa o términos psicológicos raport. Luego le pregunto al paciente cuál era el motivo de su comportamiento y temperamento y dijo que ya le había comentado a sus vecinos que por favor llamaran a sus vástagos porque anhelaba verlos, o quería ofrecerles su casa para que pudieran vivir con él y no permanecer nunca más solo. Con lágrimas en los ojos, continuó diciendo que se sentía incómodo solo y esperaba que sus hijos vinieran. Lleva tres años solo. Al principio la soledad no repercutía en su estado de ánimo, pero ahora su estado de salud es decadente, no puede hacer nada, y requiere de al menos de la supervisión de algunos de sus hijos, que durante este tiempo solo lo han visitado dos veces al año, y ni siquiera recuerda la última vez.

También mencionó que tiene 4 hijos y 9 nietos. Manifiesta que ha perdido el apetito y que en los últimos presenta dificultades para conciliar el sueño. Comenzó a pensar por qué no lo visitaban, alegando no tener motivos que justifiquen el abandono afectivo y físico de sus hijos. Esto lo entristeció porque a su edad requiere de la compañía y tiempo de su familia, menciona que deberían de estar ocupados y que por aquello no recibe visitas frecuentes, pero anhela recibir con el tiempo visitas frecuentes de alguno de ellos. Con el tiempo, su expresión se volvió deprimida y sus ojos volvieron a llorar. Cuando se le preguntó si sabía la razón por la que sus familiares dejaron de visitarlo, y si tenían algún problema con él la última vez que lo visitaron o conversaron con ellos, respondió que no, no ha habido problema. Incluso dijeron en su última visita hace dos años que lo visitarían la semana que viene, pero desde entonces, hasta hoy, no lo han visitado. Esto demuestra que nunca les ha hecho nada malo. También reveló que ha estado

esperando todos estos meses a que sus hijos lo visitaran, lo confirmaron los vecinos, desde entonces su temperamento físico y mental se ha deteriorado y desde el inicio el paciente se ha detenido. Repercutiendo en no recibir atención hospitalaria para recibir su debido tratamiento. Cuando menciona a sus familiares lo hace exteriorizando tristeza y congoja por no saber nada de ellos a tiempo.

La entrevista duró una hora tratando de hacer tantas preguntas como fuera posible porque se trataba de un adulto mayor y porque el paciente sintió tristeza en el momento de hacer cada pregunta. Aquello hizo factible que el paciente se le otorgara el discurso libre durante unos 15 minutos y acordando previamente la segunda reunión el 20 de julio del próximo año antes de finalizar la primera consulta.

Segunda sesión: El 20 de julio el adulto no respondió al llamado que previamente le realizaba, luego de varios intentos fallidos, procedí a trasladarme a su hogar con todas medidas de bioseguridad que la pandemia amerita y en compañía de la trabajadora social de la empresa buscamos al paciente con sus vecinos encontrándolo acostado en la cama cubierto de la cabeza a los pies; insistiendo en saber si estaba listo para asistir a la reunión y respondió que sí que, aunque se sentía mal anímicamente colaboraría. Pero no quería levantarse de su cama manifestando algunas dolencias físicas, pidiéndole que accediera al menos a realizar la entrevista en la sala de su casa, al pedirle que explicara el porqué de su tristeza, dijo que sentía que no tiene esperanzas, que su familia a quien otorgo todo lo había abandonado, se ha dado cuenta de que no lo quieren y que la muerte sería lo mejor para aliviar su sufrimiento. Sus lágrimas empiezan a cubrir su rostro, pregunté si pensaba que esa sería la solución, y su respuesta fue: “como todo ser que es abandonado cuando siente que su familia no lo ama ni se preocupa por saber si vive o muere”, y también dijo que sus hijos deberían visitarlo, porque su situación es deplorable.

Manifiesta que padece meses de insomnio con pensamientos recurrentes de que fue lo que hizo mal para que sus hijos se ausentes en la etapa más difícil del ser humano. Refiere que si su familia lo visitara frecuentemente otro sería su semblante pero hasta mientras las ganas de no hacer nada ni si quiera de comer permanecerán en su vida y que tal lo lleven a la muerte..} El paciente comenzó a llorar y se le pidió calmarse y

finalizar la consulta hasta allí; se llegará a otro acuerdo a las 10:00 am del 24 de julio (martes).

Tercera sesión: El día 24 de Julio del 2020, paciente se acercó en compañía de la vecina del trabajador de la compañía agrícola, quien previamente estuvo animando al adulto mayor para que se levantara de cama, se arreglara y concurriera a la consulta, a pesar de aquello su aspecto físico y cuidado personal fueron notorios al momento de iniciar la sesión, se le observó muy despreocupado, y la vecina refiere que el estado de ánimo del paciente no ha mejorado. Una vez estando a solas con el adulto mayor, procedí a una retroalimentación de toda la información recopilada en sesiones anteriores, alega en esta sesión si Dios no le permite ver a sus hijos que al menos pueda gozar de unos días felices donde su estado de ánimo no sea el mismo que meses anteriores, luego indicarle que en este caso se utilizarán pruebas psicológicas para evaluar cuantitativamente su nivel de depresión.

El paciente se mostró colaborativo y con esmero procedió a realizar los test, al ser un adulto mayor sin grado escolar, procedí a leer las preguntas y explicarle la consigna. La reunión de este día duró alrededor de 30 minutos, y compartió con él los resultados obtenidos y el diagnóstico presuntivo a realizar. A continuación, recibió su ayuda para desarrollar un plan de psicoterapia, que lo ayudará a resolver sus problemas y optimizar su calidad de vida.

Situaciones detectadas

Una vez finalizada la intervención de este estudio de caso, se completó el proceso de diagnóstico y evaluación psicológica de adultos mayores, a continuación se explicarán los hallazgos e información relacionada que se encuentran en cada área funcional del paciente durante el proceso de consulta. Mediante entrevistas, observaciones y pruebas psicológicas y otras técnicas para recopilar:

PRIMERA SESIÓN

COGNITIVO	PENSAMIENTO	AFECTIVO	CONDUCTA SOCIAL	SOMÁTICA
*Desmotivación *Falta de atención *Desorientación temporal	*Maximización *Locus de control externo *Baja tolerancia a la frustración.	*Tristeza *Desesperanza *Dolor.	*Aislamiento *Llanto continuo.	*Insomnio *Pérdida de peso *Enlentecimiento de sus funciones motoras *Inactividad *Pérdida de apetito.

SEGUNDA SESIÓN

COGNITIVO	PENSAMIENTO	AFECTIVO	CONDUCTA SOCIAL	SOMÁTICA
*Desmotivación *Falta de atención *Desorientación temporal	*Deseos de morir *Inutilidad *Catastrofismo	*Tristeza *Desesperanza *Aflicción *Desaánimo	*Aislamiento *Llanto continuo.	*Insomnio *Pérdida de peso *Enlentecimiento de sus funciones motoras *Inactividad *Pérdida de apetito.

TERCERA SESIÓN

COGNITIVO	PENSAMIENTO	AFECTIVO	CONDUCTA SOCIAL	SOMÁTICA
*Desmotivación *Falta de atención *Desorientación temporal	*Inutilidad *Catastrofismo	*Tristeza *Desesperanza *Dolor *Desánimo	*Aislamiento *Llanto continuo *Descuido personal	*Insomnio *Pérdida de peso *Enlentecimiento de sus funciones motoras *Inactividad *Pérdida de apetito.



Con base en los hallazgos de la persona en los síntomas mostrados en cada área funcional, y una evaluación basada en los puntajes de las pruebas aplicadas, se determina el siguiente diagnóstico: depresión mayor, de un solo disparo, grave 296.23 (F32.2).

Soluciones planteadas

Una vez finalizada la valoración psicológica y determinado el diagnóstico de los ancianos diagnosticados en este caso de estudio, se realiza un estudio comparativo de diversos métodos psicoterapéuticos para determinar cuál es el método más adecuado y en función de las características personales de la forma más oportuna. La lógica de los pacientes y las enfermedades, el establecimiento de la psicoterapia cognitivo-conductual es el más ajustable y eficaz. Partiendo ya del modelo de la terapia cognitivo-conductual, a partir de los hallazgos encontrados en los pacientes a lo largo del proceso, se decidió optar por esta dirección.

Esquema Terapéutico

Metas Generales

- Disminuir la idea disfuncional
- Modificar el comportamiento
- Desarrollar las habilidades sociales

Disminuir la idea disfuncional

- Reestructuración cognitiva
Mediante de esta técnica se intenta reducir los pensamientos automáticos nocivos, imaginaciones distorsionadas.
- Terapia de resolución de problemas
Nos consiente acrecentar la capacidad de afrontamiento al alternar contextos estresantes, y cambiar los factores cognitivos que conmueven de forma negativa la visión general del problema.
- Regulación emocional
Mediante de esta técnica se intenta redirigir la atención y cambiar el significado de las emociones, o la causa de las emociones.

Modificar el comportamiento

- Terapia de castigo y recompensa
Mediante la técnica conductual, se eliminara conductas negativas, y a fortificar conductas positivas.
- Terapia de autocontrol
Consiente dominar el déficit de auto-monitoreo, autoevaluación y auto-refuerzo del adulto mayor.

Desarrollar las habilidades sociales

- Entrenamiento en habilidades sociales

Nos consentirá optimizar las habilidades sociales del adulto mayor deprimido con el objetivo de disminuir variaciones emocionales.

- Disminuir recaídas

Consentirá disminuir la posibilidad de futuras recaídas.

Con este esquema se lograra que el adulto mayor se sienta con ganas de realizar actividades diarias como mejorar el aspecto físico e inclusive pueda trabajar desde su casa y pueda tener momentos agradables con sus vecinos, ya que en las sesiones manifestó que a sus vecinos siente mucho afecto y aprecio por el cuidado que le brindan día a día, sino que al verlos unidos siente nostalgia de que sus hijos están lejos.

Conclusiones

A través de la descripción detallada y el proceso de este estudio de caso, se puede concluir que el abandono de los ancianos por parte de los niños juega un papel importante en su temperamento, sacude la calidad de vida y produce diversos signos y síntomas (como tristeza, desesperación, dolor e insomnio). , Pérdida de peso, función motora más lenta, inactividad, pérdida de apetito, etc .; síntomas de depresión.

Una de las principales razones por las que se abandona el chicle familiar no es porque hayan perdido la capacidad de realizar actividades de pastoreo, o porque ya no vivan una vida laboral activa de manera que no puedan obtener ingresos económicos, y otros miembros del núcleo familiar creen que esto se traducirá en un estado de dependencia. Gastos, por lo que tienden a excluir gastos.

En el caso de que no se pueda responsabilizar a uno de sus hijos u otro familiar, en el proceso de acogerlos en un niño o de ser llevados por el centro de ancianos, debe haber competidores en los lugares que han recibido su cuidado y atención. Dónde comen y duermen; sin embargo, su relación y conexión emocional con los familiares se separa, a veces incluso completamente abolida, porque los visitan, o nunca los han

visitado, lo que los lleva a la impotencia, Negligencia, sensación de desierto y ya no los quieren.

Sin embargo, cuando los dejan en casa o los despiden, la situación se vuelve aún más crítica, porque no se sienten amados y despreciados, pero nadie les da un sustento, lo que los lleva a mendigar y mendigar. Pobreza entre los ancianos. Los episodios depresivos del anciano por el desamparo de sus familiares intentan ser provocados por factores psicológicos, por ejemplo, se generan creencias y pensamientos absolutistas o desastrosos cuando encuentran el abandono, no por el abandono en sí.

A la vista de estas conclusiones, se considera que es relevante e inevitable que el Estado y las organizaciones públicas y privadas implementen o incrementen los programas de sensibilización de la ciudadanía, especialmente los del núcleo familiar, para que sean conscientes de este grave impacto. Lo que puede causar su abandono y / o su ignorancia; combinado con esto, estos programas implementarán un programa de atención psicológica indestructible para los ancianos que sufren diversos abandonos para ayudarlos a mejorar su estado de ánimo y optimizar su calidad de vida.

Mediante el proceso de diagnóstico psicológico y monopolizar las herramientas clínicas necesarias, es posible evaluar a un adulto. Los signos, síntomas y pruebas psicológicas se pueden utilizar para el diagnóstico estructural El diagnóstico se basa en la depresión mayor F33.2 (296.33), que ha sido expuesta al DSM-5. Se puede diseñar un plan de tratamiento cognitivo conductual basado en el diagnóstico y la personalidad de las personas mayores, lo que reducirá el impacto psicológico provocado por la depresión.

Se recomienda realizar educación psicológica para que los familiares comprendan las causas y resultados; mejorar la depresión, la expresión emocional y la integración social para evitar que los ancianos aumenten la tristeza y la soledad.

BIBLIOGRAFÍA

- Belesaca, M., & Buele, A. (2016). Causas y consecuencias del abandono en el adulto mayor. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Del Pozo, H. (2019). Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores. Registro oficial 484, 9-V-2019, 12 - 37.
- Flores, J. (2015). La indigencia de adultos mayores como una forma de abandono social en el Estado de Mexico. Estado de Mexico, Mexico.: Tesis de Licenciatura. Universidad Autonoma del Estado de Mexico, Mexico.
- Hernández, E., Palacios, M., & Cajas, J. (2016). Caracterizacion del adulto mayor con síndrome de abandono. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Himes, C., & Reidy, E. (2017). El papel de los amigos en el cuidado. Investigacion sobre el envejecimiento. Revista digital Thousand Oaks., 22.
- MINSAL, M. d. (2018). Guia Clinica Depresion en personas adultas mayores. Chile: Guia Clinica AUGE.
- Molina, L. S. (2011). COMPRENDER LA DEPRESIÓN. AMAT.
- Molina, L., & Arranz, B. (2016). Comprender la depresion. Causas y sintomas de la Depresion. Guadalajara, Mexico: Editorial Amat.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Depresion . Hoja Informativa. Publicaciones academicas , Medline Plus.
- Roca, M., & Aragonés, E. (2018). Abordaje compartido. Consecuencias de la depresion. Barcelona, España: Ediciones medicas S.L.
- Ruiz, S. (2016). Los factores psicosociales . Mexico: Ediciones IhB.
- Ruiz, V. I. (2016). <http://repositorio.ug.edu.ec>. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/28552/1/TESIS%20Factores%20Psicosociales%20en%20Depresion%20MODIFICA.pdf>
- Zarragoitía, I. (2017). Depresion. Generalidades y particularidades. Revista de Ciencias Medicas, La Habana.

ANEXOS

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	Numero de sesiones	Fecha	Resultados obtenidos

FIRMA DEL ESTUDIANTE

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

PREGUNTAS A REALIZAR	RESPUESTA
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO

¿Siente que su situación es desesperada?	SI
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

Valoración global

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-10: Normal.

11-14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%).

>14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

ESCALA DE HAMILTON - (HDRS)

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)

Ausente	0
Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4

Sentimientos de culpa

Ausente	0
Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4

Suicidio

Ausente	0
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
Ideas de suicidio o amenazas	3
Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4

Insomnio precoz

No tiene dificultad	0
Dificultad ocasional para dormir, por ej. Más de media hora el conciliar el sueño	1
Dificultad para dormir cada noche	2
No tiene dificultad	3

Insomnio intermedio

No hay dificultad	0
Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2

Insomnio tardío

No hay dificultad	0
Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2

Trabajo y actividades

No hay dificultad	0
Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4

Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)

Palabra y pensamiento normales	0
Ligero retraso en el habla	1
Evidente retraso en el habla	2
Dificultad para expresarse	3
Incapacidad para expresarse	4

Agitación psicomotora

Ninguna	0
Juega con sus dedos	1
Juega con sus manos, cabello, etc.	2

No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4

Ansiedad psíquica

No hay dificultad	0
Tensión subjetiva e irritabilidad	1
Preocupación por pequeñas cosas	2
Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
Expresa sus temores sin que le pregunten	4

Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)

Ausente	0
Ligera	1
Moderada	2
Severa	3
Incapacitante	4

Síntomas somáticos gastrointestinales

Ninguno	0
Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2
Ninguno	3
Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	4

Síntomas somáticos generales

Ninguno	0
---------	---

Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2

Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)

Ausente	0
Débil	1
Grave	2

Hipocondría

Ausente	0
Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
Preocupado por su salud	2
Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3

Pérdida de peso

Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2

Introspección (insight)

Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
No se da cuenta que está enfermo	2
Se da cuenta que está deprimido y enfermo	3

ENTREVISTA PSICOTERAPÉUTICA

