



**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:

TRASTORNO DEPRESIVO DE UN ADULTO MAYOR

AUTORA:

VIVIANA LISETH MERA GAVILANEZ

TUTOR:

FRANCISCO ALEJANDRO AMAIQUEMA

BABAHOYO-2021

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres que han estado a lo largo de la carrera apoyándome tanto económicamente como emocional, a pesar que no están juntos siempre estuvieron para mí en todo lo que necesitaba. A mis hermanos que siempre estuvieron escribiéndome y preguntándome como estaba a pesar de la distancia me apoyaron, me visitaron y me llenaron de alegría. A mi pareja que siempre estuvo apoyándome en cada paso que daba, siempre estuvo pendiente de mí y se alegraba de cada logro que obtenía en el transcurso de la carrera. A mis colegas-amigas Nayari y Elizabeth siempre las voy a llevar en mi corazón, hemos sido un apoyo mutuo en el tiempo de convivencia que tuvimos en los semestres presenciales. A todos los docentes que me impartieron de sus conocimientos a lo largo de mi carrera estudiantil.

Viviana Liseth Mera Gavilánez

RESUMEN

El presente estudio de caso se desarrolló con la finalidad de determinar de qué manera influye el abandono familiar con depresión en un adulto mayor de 65 años de la Parroquia Dayuma, Cantón Pto. Francisco de Orellana que acude a consulta psicológica y a su vez elaborar una propuesta que permita realizar una la intervención Psicoterapéutica, se realizará una recogida de información de todo lo que concierne al abandono familiar de un adulto mayor con depresión. Además, se describe el proceso de intervención psicodiagnóstico realizada con el adulto mayor, se dará a conocer las técnicas aplicadas y a su vez el resultado obtenido en cada una de ellas, establecer el diagnóstico adecuado, finalmente se elabora un plan terapéutico con la Terapia Cognitiva Conductual. La depresión y la demencia son las patologías neuro-psiquiátricas de más grande prevalencia en el maduro más grande. En la depresión de esta clase de población influyen componentes biológicos y sociales que son modificables. De la exposición de los componentes de peligro se desprende que el núcleo familiar, la sociedad y el estado tienen que emprender ocupaciones concretas para paliar en especial los componentes modificables como la ayuda social y la optimización de la calidad de vida de los ancianos.

Palabras Claves Abandono, Depresión, adulto mayor, Intervención Psicoterapéutica.

ABSTRACT

This case study was developed in order to determine how family abandonment with depression influences an adult over 65 years of age from Dayuma Parish, Pto. Francisco de Orellana Canton who attends psychological consultation and in turn develop a proposal that allows a psychotherapeutic intervention to be carried out, a collection of information will be carried out on everything that concerns the family abandonment of an older adult with depression. In addition, the process of psychodiagnostic intervention carried out with the elderly is described, the applied techniques will be announced and in turn the result obtained in each of them, establishing the appropriate diagnosis, finally a therapeutic plan is elaborated with Cognitive Behavioral Therapy. Depression and dementia are the neuro-psychiatric pathologies with the greatest prevalence in the elderly. In the depression of this class of population influence biological and social components that are modifiable. From the exposition of the components of danger, it can be deduced that the family nucleus, society and the state have to undertake specific occupations to alleviate, in particular, the modifiable components such as social assistance and the optimization of the quality of life of the elderly.

Keywords Abandonment, Depression, elderly, Psychotherapeutic Intervention.

INDICE

AGRADECIMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN	¡Error! Marcador no definido.
ABSTRACT.....	¡Error! Marcador no definido.
INDICE.....	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
DESARROLLO	¡Error! Marcador no definido.
JUSTIFICACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
OBJETIVO GENERAL	¡Error! Marcador no definido.
SUSTENTO TEÓRICO	¡Error! Marcador no definido.
TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION	¡Error!
Marcador no definido.	
RESULTADOS OBTENIDOS	¡Error! Marcador no definido.
SITUACIONES DETECTADAS.....	¡Error! Marcador no definido.
SOLUCIONES PLANTEADAS	¡Error! Marcador no definido.
CONCLUSIONES	¡Error! Marcador no definido.
REFERENCIAS.....	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCION

Las organizaciones a nivel mundial han incrementado su desarrollo investigativo durante los últimos 10 años es por eso que la Organización Mundial de la Salud conocida por sus siglas (OMS), manifiesta que el volumen de esperanza de vida ha aumentado las enfermedades en las personas de la tercera edad alrededor de todo el mundo lo que provoca que las personas se vuelvan vulnerables causando una facilidad al momento de padecer patologías mentales tales como la depresión y la demencia este tipo de patologías mentales se han llegado a considerar como el futuro de la población adulto mayor por lo que La organización Mundial de la Salud establece que entre el 20% y el 25% de la población adulto mayor de 50 años padece algún tipo de desbalance psiquiátrico, considerando a la depresión la enfermedad más padecida, superada por la demencia desde los 70 años.

Los procesos y evoluciones psicológicos, económicos, biológicos y sociales que se perciben durante el proceso de adultez mayor en el transcurso de envejecimiento, ligados al sinnúmero de patologías que se presentan en las distintas etapas del proceso de vida, llevan a la conclusión que en los adultos mayores se presentan una lista de factores que a la aparición de una depresión en sus diferentes etapas.

Durante el desarrollo para llegar a la adultez mayor, con anticipación suelen aparecer padecimientos en los cuales no existe una causa exacta de la aparición de enfermedades por lo que lidera la multicausalidad.

1. JUSTIFICACION

La relevancia de este informe se basa en el porcentaje mayor de adultos mayores que se están en el olvido y no se da importancia a sus necesidades sociales, físicas y psicológicas por lo que este fin se encuentra establecer una estructura de como ataca la depresión en los adultos mayores y las causas y factores que se encuentran ligados para que de esta forma localizar los signos y síntomas principales que lideran esta patología.

Además, el desgaste de las estructuras de conocimiento se mostrará inevitables en algún momento de nuestro desarrollo esto no quiere decir que la visión y calidad de vida de estos individuos debe ser descuidada por lo que el presentar una amplia población da factibilidad a la indagación colaborando con el proceso del plan de funcionamiento aplicado con el aporte de las personas más cercanas a la persona y el personal que este encargado del cuidado de los adultos mayores.

El impacto social que se desea es un resultado positivo en el pensamiento de las personas respecto a la importancia del cuidado social, físico y psicológico de la generación adulto mayor logrando conseguir un sistema de ayuda entre sí, en donde al individuo adulto mayor es el centro de atención y prioridad de cuidado, extendiendo la información a los mandos más altos del grupo de salud y poder plantear el trabajo y presentar medidas de calidad y seguridad.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar de qué manera influye el abandono familiar e identificar los principales factores que ocasionan depresión en un adulto mayor de 65 años que acude a consulta psicológica en el Hospital Francisco de Orellana.

SUSTENTO TEORICO

Definición.

La Organización Mundial de la Salud define como adulto mayor a los individuos que tengan una edad mayor o igual de 60 años en países con estructura de proceso a futuro y de 65 años a individuos que radican en distintos países completamente desarrollados. Algunas desigualdades cronológicas se rigen a distintas particularidades a las características socio-económicas que poseen algunos países.

Abandono Familiar

Según García en él (2016), Plantea que llegar a la etapa de adulto mayor (vejez) se ve ligada a un cambio de manera física y de conocimiento, por lo que esto se encuentra junto con la decadencia del núcleo llamado familia a la cual ellos son presentados. Esta etapa empieza a partir de los 60 o 65 años dependiendo del país y en gran formación se encuentra adjunta a personas que se jubilan o pierden a sus esposas u esposos de manera drástica.

El abandono Familiar hacia un adulto mayor es una causa que se va dando por distintos factores biopsicosociales, y es una problemática que se dan alrededor del mundo y por diferentes razones, en ciertos países predomina más que en otros.

Una de las primordiales razones para que suceda el desamparo, es que el individuo adulto más grande por el momento no posea una vida gremial eficaz, refiriéndose al rendimiento frente a la sociedad, lo cual empieza a producir desbalances en el núcleo familiar. Nos dio a conocer Cardona (2015))

Al referirnos a desamparo familiar hacemos énfasis a la alteración incumplida de las tareas que se encuentran dentro de lo legal, social como acogimiento por parte de la familia también como plantear la ayuda necesaria para ayuda de la persona con la que se está casada y también a el actuar de quitar a una persona que forme parte del núcleo familiar que se encuentre vulnerable como en el ejemplo del individuo adulta más grande, arriesgándolo a vivir solo y desamparado o llevándolos a vivir en centros gerontológicos en donde los adultos más grandes pierden toda clase de interacción y contacto con sus parientes y amigos cercanos. Manifiesta Tobar (2013).

Postula Duran- Badillo (2013)En la vida de las personas en que todos sus procesos biológicos y cognitivos proporcionan muestra varios individuos por el momento no puede hacer varias de las ocupaciones de la vida diaria que acostumbraba y peor todavía por el momento no tienen la posibilidad de realizar una vida de gremio a partir de que se presente con una sustentación de salario por haberse jubilado, por otra parte, el depender causa un amplio costo para el núcleo familiar. Por lo que lo llegan a considerar un no aporte para la familia y eligen no ser partícipe de su cuidado.

La condición de salud es otro factor que ha sido seleccionado como una causa del porque el núcleo familiar no quiere hacerse cargo del cuidado del adulto mayor, debido a que piensan que no se encuentran en las mejores condiciones económicas para atenderlos, lo que da como resultado que entre familiares se deliberen la custodia y atención del adulto mayor sin llegar a un acuerdo en fin que pueda beneficiar al cargo del individuo que necesita el cuidado.

Afirma Zamora (2008) que la indigencia en los individuos de edad deber o la obligación dejan de proporcionar los medios de permanencia y dichos recurren a exponiéndolos al deterioro de su salud física debido a que no disponen de una idónea ingesta de alimentos, además de la estigmatización de la población que los muestra como labradores de La indigencia en los adultos mayores

Síntomas

Si bien la situación depresiva puede desarrollarse solo una vez a lo largo de nuestra vida, por lo congruente los individuos presencian varios cuadros depresivos que empiezan por episodios. En el transcurso de estos episodios la sintomatología puede producirse mientras vives tú día a día y durante la mayoría del tiempo y esta puede causar:

- Tristeza la mayor parte del día, llanto excesivo, sentimientos de desesperanza.
- Enojos impulsivos, estrés, irritabilidad y estado frustrado, por situaciones irrelevantes.
- Disminución de interés por gran parte de las actividades, bajo estado de la lívido.
- Insomnio o hipersomnia.
- Bajos niveles de serotonina y dopamina.
- Pérdida de peso o aumento de peso.
- Ansiedad e inquietud gran parte del día en situaciones leves.
- Deterior cognitivo.
- Sobre pensamiento y preocupación excesiva.
- Disminución de autonomía.
- Pensamientos e ideas suicidas a corto y a largo plazo.

- Deterioro físico.

Síntomas de depresión en adultos mayores

Lastimosamente, la depresión no se le da relevancia ni se lleva un control en los adultos mayores por lo que la poca irrelevancia que le dan a su vida por su edad hace que se resistan a pedir ayuda. Los inicios de la depresión poseen la destreza de ser distintos o poco visibles en personas mayores entre ellos se encuentran:

- Deterioro cognitivo.
- Heridas físicas.
- Hipersonido, insomnio, aumento excesivo de apetito, estrés agudo.
- Aislamiento social
- Comportamiento y pensamientos suicidas.

Causas

En adultos mayores, la evolución durante su desarrollo de vida puede causar el incremento de riesgos de padecer depresión o que esta se altere de forma negativa.

Algunos de estos cambios son:

- Cambio de vivienda, ejemplo centros para adultos mayores.
- Anomalías físicas.
- Abandono de hogar por parte de los hijos.
- Perdida de amigos y familiares.
- Dependencia, ejemplo no poderse cuidar solo y necesitar ayuda de terceros.

La depresión también se puede encontrar relacionada con anomalías físicas, ejemplo:

- Trastornos de tiroides, alteraciones en su peso corporal.
- (Parkinson)
- Taquicardia
- Problemas en los glóbulos blancos (cáncer)
- Derrame
- Deterioro mental (Alzheimer)
- Ingesta de sustancias psicoactivas.

Al igual que se presentan con varias patologías mentales se forman con varios factores, como:

Diferencias biológicas.

Las personas que poseen algún tipo de depresión tienen alteraciones físicas en gran parte del cerebro. La relevancia de estas alteraciones aún no se constata, pero con el proceso del tiempo se pueden llegar al resultado de las causas.

Rasgos hereditarios.

La depresión se prolonga de forma más constante en personas la cuales el núcleo familiar tiene este trastorno, diferentes estudios siguen indagando en la causa de la depresión y poder ayudar.

Factores de riesgo

Distintos componentes de anatomía quieren describir la estructura de la depresión, se encuentran la amígdala, y corteza frontal. La etiología vascular puede estar ligada a la depresión tardía. Por un tiempo prolongado, se ha venido realizando estudio de la disminución de la serotonina por lo que se ha llegado a la conclusión que el cambio de la misma ataca a las personas más vulnerables. Recomienda Arias (2013)

Algunos factores que elevan el riesgo de depresión son:

- Características únicas de la personalidad, como dependencia emocional, pesimista y poseer una autoestima fuera de la línea de lo establecido.
- Episodios traumáticos, maltrato físico, accidente automovilístico, maltrato verbal.
- Factores genéticos, personas de la familia que hayan sufrido de depresión.
- Cambio de género y no ser aprobado por la sociedad.
- Antecedentes de previos trastornos.
- Ingesta de sustancias psicoactivas.
- Enfermedades terminales.
- Ingesta excesiva de medicamentos.

1.1. Complicaciones

La depresión puede agudizarse si no se la atiende a tiempo la cual puede presentar complicación en las emociones, la conducta y el estilo de vida.

Los ejemplos de las complicaciones relacionadas con la depresión son:

- Obesidad, enfermedades del corazón.
- Enfermedades en órganos físicos.
- Ingesta desequilibrada de drogas.
- Conflictos con el núcleo familiar, escolar y laboral.
- Aislamiento de los grupos sociales.
- Ideas de muertes.
- Auto daño físico.
- Muerte a raíz de enfermedades terminales.

Tipos de depresión

La depresión se clasifica en diferentes categorías o en funciones exactas por el libro de trastornos mentales DSM-5 y la Clasificación internacional de las enfermedades CIE-10; entre ellos se encuentran:

- Ciclotimia
- Trastorno Depresivo Mayor
- Trastorno ansioso-depresivo.
- Depresión Atípica.
- Trastorno afectivo estacional.
- Trastorno Bipolar.

Considera Córdoba (2018) la ancianidad como la etapa de la integración versus la desesperación. La integridad es vista aquí como la disposición a defender la dignidad del propio estilo de vida contra la amenaza física y económica. Alcanzar la integridad consiste en haber logrado un especial estado de espíritu cuyo componente especial es Diplomado en Salud Pública Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud y Salud Familiar y Comunitaria y Promoción

Refiriéndose a hablado estado de espíritu Edmund Sherman plantea que es el asentimiento de la verdad, la verdad de sí mismo y de nuestra vida, resultante del desamparo de las ilusiones... La violencia doméstica y el desamparo como violencia a sus miembros más débiles constantemente ha existido, sin embargo, este caso se ha mantenido esconde hasta años actuales. La violencia invisible surge como avalada por el silencio, generando complicidad.

Se han detectado una multitud de factores de riesgo alrededor del abuso al anciano como son:

- dependencia de otras personas
- el abandono del adulto mayor
- psicopatología de los cuidadores
- abuso de sustancias por parte del cuidador y
- antecedentes de violencia de familia, entre otros.

Referirnos al maltrato al anciano en su propio hogar resulta difícil pues es están implicados dos conceptos que tienen un importante valor en la sociedad: Hogar y familia. Desgraciadamente el hogar y la familia no han sido inmunes a las diferentes formas de violencia que viven nuestras sociedades Constituye un grave problema social

¿Cuántos adultos mayores existen en Ecuador?

El envejecimiento a nivel mundial es uno de los mayores problemas de impacto de la actualidad lo que causa el aumento de individuos de 60 a 65 años la evolución negativa de enfermedades mentales.

Como expresa Torres (2015) En nuestro país existen registrados hasta el 2017, un total de 16'325.000 habitantes de los cuales el 10% corresponde a personas mayores a 60 años, esto quiere decir que tenemos una población de 1'662.500 personas adultas mayores. Que según estudios del INEC entre en el año de 2018 y 2030, se prevé que exista un veloz incremento en la población adulta mayor.

Por ello es necesario garantizar que la población adulta mayor pueda envejecer con seguridad y dignidad que pueda continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos. Por lo tanto, es fundamental buscar actores que tiendan a formar a el mundo para enfrentar esta edad, a través de políticas públicas reconociendo que las personas adultas mayores representan un significativo número de la población ecuatoriana.

Lastimosamente en nuestro país el 75.34% de la población mayor a 65 años no cuenta con afiliación a un seguro de salud; y solo el 24.66% de la población está afiliada al IESS, estas cifras nos permiten analizar la debilidad de la seguridad social

Análisis de la Ley Orgánica de Protección Prioritaria de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

Con esta ley se pretende asegurar la defensa de los derechos de los individuos adultos más grandes, garantizando el derecho a el equilibrio y no discriminación. Reconociendo el deber importante de Estado de generar políticas y programas que promuevan la integración de los individuos adultos más grandes, teniendo presente sus vivencias de vida y estableciendo un marco normativo que posibilite el pleno ejercicio de los derechos de los individuos adultos más grandes.

Deberes del Estado

Sin lugar a dudas, el Estado Ecuatoriano tiene el deber importante de llevar a cabo políticas públicas enmarcadas en la garantía de los derechos de los individuos adultos más grandes, tomando como base una idealización articulada en medio de las instituciones que unen el Sistema Nacional Especializado de Defensa Integral de los derechos de los individuos adultos más grandes.

Sobre todo, el Estado Ecuatoriano debe sancionar cualquier forma de discriminación, maltrato, abuso y violencia a las personas adultas mayores.

Beneficios para los Adultos Mayores

La ley promueve varios beneficios para las personas adultas mayores, una de ellas es la exoneración del 50% para el adulto mayor y un acompañante en las tarifas de transporte aéreo,

terrestre, marítimo, fluvial, entradas a los espectáculos públicos, culturales, deportivos, artísticos, paquetes turísticos y recreacionales, además del acceso gratuito a los museos.

Se exonera el 50% del valor del consumo que causare el uso de los servicios de un medidor de energía eléctrica cuyo consumo mensual sea de hasta 138 KW/hora; de un medidor de agua potable cuyo consumo mensual sea de hasta 34 metros cúbicos, el exceso de estos límites pagará las tarifas normales y el 50% de la tarifa básica residencial de un teléfono de propiedad del beneficiario en su domicilio

Derechos de las Personas Adultas Mayores

- El derecho a decidir libre, responsable y conscientemente sobre su participación en el desarrollo del país y la definición de su proyecto de vida conforme a sus tradiciones y creencias.
- El derecho a un trabajo digno y remunerado en igualdad de condiciones y a no ser discriminado en las prácticas relativas al empleo, garantizando la equidad de género e interculturalidad.
- El derecho a una vivienda adecuada y digna sin que su familia o apoderados puedan limitar su derecho de use, goce y disposición.
- El derecho a la accesibilidad de bienes y servicios de la sociedad, eliminando las barreras que impidan o dificulten su normal desenvolvimiento e integración social. Garantizando que en toda obra pública y privada el acceso público a través de medios de circulación adecuados para las personas adultas mayores.
- El derecho a la salud integral de manera universal, gratuita, solidaria, equitativa, y oportuna a los servicios de promoción, prevención, recuperación, cuidados paliativos, atención eficiente y rehabilitación especializada permanente, prioritaria en las entidades

públicas y privadas que presten servicios de salud con enfoque de género, generacional e intercultural.

Derecho a los Alimentos

Las personas adultas mayores que carezcan de recursos económicos para su subsistencia o cuando por su condición física o mental no les permita subsistir por sí mismas, tendrán el derecho a una pensión alimenticia por parte de sus familiares que les permita satisfacer sus necesidades básicas y tener una vida en condiciones de dignidad.

TECNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

Instrumentos de Evaluación.

Las escalas o instrumentos de medición tienen que establecer peculiaridades primordiales como la confiabilidad y la validez al momento de elegir algún tipo de instrumento, por su buena sensibilidad, validez y progreso.

Se refiere a la gama de instrumento para lograr percibir los diferentes casos de depresión de los que no están dentro del cuadro. Por otra parte, la especialidad hace referencia que poseen instrumentos para diferenciar los no casos de depresión de los que sí lo son, en conclusión, el porcentaje de individuos con esta anomalía que obtuvieron una puntuación buena para el instrumento que los detecto.

De acuerdo a los objetivos del clínico, aparecen instrumentarías que son factibles y de ayuda para lograr diagnosticar los casos de depresión otros van a ser factibles para determinar la gravedad de la depresión o para dar resultado a su tratamiento el cual le hayan agregado en su proceso.

Entre los instrumentos más utilizados para la evaluación de cuadros depresivos se encuentran: el Inventario de Beck, la Escala de depresión geriátrica de Yesavage.

Para la elaboración de este estudio de caso se usó diferentes técnicas con la respectiva instrumentaría que permitieron la recopilación de amplia información que da paso a obtener un análisis integro acorde a el problema que presente el paciente.

La Entrevista:

Esta técnica se basa en un diálogo entre dos o dos personas con objetivos concretos. En este análisis de caso, la herramienta se usó a lo largo de cada encuentro con un sujeto para obtener datos que detallaran la historia clínica del anciano, los datos fueron investigados y clasificados, la persona y el núcleo familiar del individuo la historia y fundamento de consulta semiestructurado que incluye cuestiones cerradas para datos particulares del paciente, así como cuestiones abiertas o independencia de expresión por motivos de consulta.

La observación:

Es en esencia un criterio cualitativo. En esta situación, la observación de las propiedades y comportamiento del paciente, como en esta situación de análisis, se usa para la guía de observación como instrumento para analizar el paciente. En el primer encuentro, el guía de observación constató que se abandonaba el aspecto del paciente, la limpieza y la ropa personal, el rostro pensamiento lento, lloraba y desaceleraba Rapidez; falta de funcionalidad motora y movimiento corporal

Test psicométrico

En general, se acepta que la prueba Yesavage Geriatric Depression Scale 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.

se llevó a cabo el 1 de septiembre del 2021 donde el adulto mayor presenta situaciones de depresión. 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 la primera sesión, y se establecieron medidas de seguimiento para adelantar un diagnóstico concreto.

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 25 puntos, lo que equivale a una depresión muy grave.

RESULTADOS OBTENIDOS

Para elaborar un examen diagnóstico en este respectivo estudio de caso se trabajó con 3 sesiones las cuales se van a proceder a explicar de manera escrita a continuación.

Primera Sesión. -

Se llevó a cabo el día jueves 29 de julio del 2021 en el consultorio de Salud Mental aproximadamente de 09:00am a 09:50am en el Hospital Francisco de Orellana, en lo cual se procedió a la recogida de información con el debido protocolo de presentación, explicándole de que manera vamos a llevar a cabo cada sesión para que el paciente se sienta a gusto y conforme con lo que se le va a impartir, en lo cual el paciente me manifestó que lleva 1 mes con el autoestima bajo, ya que se siente muy triste al saber que sus hijos no lo visitan en la casa, su esposa es fallecida hace 8 meses por el covid, y él necesita llenar ese vacío que tiene dentro de él, por lo cual necesita del amor y apoyo de sus hijos.

Manifestó que convivía con su difunta pareja y dos hijas las cuales a raíz de la muerte de su difunta pareja las hijas se fueron del hogar dejándole solo, y el único sustento económico con el que se maneja es con el bono que le da el gobierno cabe recalcar que solo le alcanza para la comida y con eso se ha mantenido durante todo este tiempo.

También me dio a conocer que no tiene apetito por la comida, come una vez al día, y la mayoría del tiempo pasa pensando en cómo era su vida antes en conjunto con su familia

La entrevista se llevó a cabo en el lapso de 50 min, en lo cual el paciente estaba poco colaborativo, ya que tuvo momentos de catarsis en la sesión, antes de culminar la sesión se procedió a agendar una segunda sesión que se llevará a cabo el 16 de agosto a las 14:00pm

Segunda Sesión. -

Se llevó a cabo en las instalaciones de salud mental del Hospital Francisco de Orellana el Lunes 16 de agosto del 2021 en lo cual el paciente se mostró más empíricamente ya más participativo, lo cual poco a poco se fue generando una conversa amena, dándonos a conocer más de su vida pasada que todo era color de rosa. Me manifestó el paciente: “Nunca imagine que mis hijos me abandonen y no me visiten”. “Para mí es muy desagradable ya que son mi sangre y yo los crie desde pequeños, pero ya que me queda superar y seguir adelante con mi vida, a luchar los pocos años de vida que me quedan, y esperar si algún día les hago falta” “Me siento inservible me quiero morir” “Extraño mucho a mi familia”

Dio a conocer que se despierta a la madrugada pensando en su familia, “Quiero regresar al pasado” y eso le quita el sueño y no puede conciliarlo hasta que amanece, el paciente nuevamente hace catarsis lo cual se le pide que por favor se calme y se lave el rostro, se le pide que nos cuente como es la relación con sus vecinos “Gracias a Dios tengo unos vecinos que siempre están visitándome pero no es lo mismo que la familia” se le guía al paciente a que realice practica de manualidades para que se entretenga durante el transcurso del día para que mejore su estatus de vida, se agenda una nueva sesión con la voluntad del paciente para el día 1 de septiembre del 2021 a las 10:00 am

Tercera Sesión. -

Llego 10 min tarde, menciono que se le paso el colectivo, llego bien presentado a la sesión acordada, se mostró más empático y con un semblante mejor. Se procedió aplicar un

test para saber el nivel de depresión que presenta, estuvo muy participativo al momento de realizarle el test, ya tiene una forma de pensar diferente, tiene mayor convivencia con sus vecinos ya que a raíz de sus manualidades le ha llamado la atención en el sector donde vive, y la comunidad le visita más a menudo para que les enseñe la práctica de las manualidades con hojas de papel reciclado

Situaciones detectadas

Una vez finalizada las sesiones de este análisis de caso, se completó el proceso de diagnóstico y evaluación psicológica del adulto mayor, se explicarán los hallazgos e información relacionada que se hallan en cada área servible del paciente a lo largo del proceso de consulta

Primera Sesión				
COGNITIVO	PENSAMIENTOS	AFECTIVO	CONDUCTA SOCIAL	SOMÁTICA
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de motivación • Problemas de atención • Desorientación en tiempo y espacio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos suicidas • Poca tolerancia a situaciones de frustración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo triste. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento en grupos sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Pérdida de apetito • Motricidad lenta. • Inactividad

Segunda Sesión				
COGNITIVO	PENSAMIENT O	AFECTIV O	CONDUCTA SOCIAL	SOMATICA
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de esperanza, • falta de concentración, • desorientación en tiempo y espacio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos suicidas • Poca tolerancia a situaciones de frustración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo triste. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento en grupos sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersonido • Pérdida de apetito • Motricidad lenta. • inactividad

Tercera Sesión				
COGNITIVO	PENSAMIENT O	AFECTIV O	CONDUCTA SOCIAL	SOMATICA
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de motivación • Problemas de atención • Desorientación en 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos suicidas • Poca tolerancia a 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo triste. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento en grupos sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersonido • Pérdida de apetito

tiempo y espacio. .	situaciones de frustración.	triste.		<ul style="list-style-type: none"> • Motricidad lenta. • inactividad
---------------------	-----------------------------	---------	--	--

RESUMEN DEL CUADRO SINDROMICO			
Función	Signos y Síntomas	Síndrome	Factores Precipitantes
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de motivación • Problemas de atención Desorientación en tiempo y espacio. 	Depresión	Estar en aislamiento y tener esperanza de que los hijos en algún momento van a llegar.
Pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos suicidas • Poca tolerancia a situaciones de frustración. 		
Afectivo	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo triste. 		

Conducta social	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento en grupos sociales. 		Mantenerse
Somática	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersonido • Pérdida de apetito • Motricidad lenta. • inactividad 		despierto durante varias horas en la noche lo cual hace que se presente pérdida de apetito.

Tenemos como resultado, en base los hallazgos

Con base en los hallazgos del individuo presentamos en cada área funcional y un examen que se basa en los respectivos puntajes de las diferentes pruebas aplicadas, da como resultado: **depresión mayor, de un solo disparo, grave 296.23 (F32.2)**

Soluciones planteadas

Una vez culminada la entrevista psicológica y el resultado diagnóstico del adulto mayor en el respectivo estudio de caso, se procedió a realizar un estudio de distintos planteamientos de abordaje en el área terapeuta para llegar a determinar cuál es el mejor planteado rigiéndose en el modelo de TCC mediante el resultado de hallazgos que arrojó el adulto mayor durante el proceso.

Una vez terminada la evaluación psicológica y haber planteado el diagnóstico del adulto mayor en este estudio de caso, se elaboró un análisis de comparación entre los distintos enfoques del área psicoterapeuta para deliberar cual sería el más con viniente para llevarlo a proceso basándonos en las diferentes peculiaridades lógicas del individuo y del trastorno.

CONCLUSIONES

Una vez se obtuvo los resultados, se pudo señalar que en los ancianos que se presentan en centros geriátricos, se presencian falencias en salud mental como depresión la cual los principales factores son las patologías y dolores prevalentes como factores principales seguidos de un negativo nivel económico, falta de cuidado y abandono por parte social y familiar.

En lo que se enfoca al nivel de depresión se pudo observar que en la gran mayoría de los ancianos que visitan los centros gerontológicos en su gran mayoría no presentan problemas depresivos ya que logran construir una fortaleza para triunfar ante dicha situación problemática, no obstante parte del grupo posee problemas depresivos bajos que de igual forma afectan en su diario vivir de forma negativa y otro grupo se constata que poseen problemas de depresión más altos y que necesitan de la debida atención de manera rápida y urgente.

De los resultados que se obtuvieron durante el proceso de investigación se llegó a la conclusión que es de gran necesidad un plan de proceso educativo enfocados a la concientización de este tema para poder aplicar la ayuda adecuada con la finalidad de minorizar los problemas de depresión y dar una mejora en la calidad de vida de las personas de la tercera edad o conocidas como adultos mayores.

Bibliografía

Arias. (2013). *Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados*. Propósitos y representaciones.

Cardona. (2015). *Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo de depresión en adultos mayores*. Antioquia: Biomédica.

- Córdoba, C. (2018). *Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga*. Universitas Psychologica.
- Durán-Badillo. (2013). *Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal*. Enfermería Universitaria.
- Flores-Pacheco. (2011). *Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores*. Mexico: Journal of behavior, health & social issues.
- Flores-Pacheco. (2021). *Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores*.
- García, J. (2016). *Prevalencia de trastornos de sueño en relación con factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores de Monterrey, México*. Monterrey: Revista colombiana de psicología.
- Tobar. (2013). *Depresión mayor en adultez tardía: Factores causales y orientaciones para el tratamiento*. Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica.
- Torres, L. (2015). *Nivel de Depresión del Adulto mayor en un centro de atención integral*.
- Zamora. (2008). *La depresión en el adulto mayor. Algunas consideraciones para su diagnóstico en la atención primaria*. Médica Electrónica.

ANEXOS

Anexo N° 1 Formato de la 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

Anexo N° 2 Inventario de Depresión de Beck

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.

- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

3) .

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

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

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

9) .

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

10).

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

11).

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

12).

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

13).

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

14).

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

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

1-10 Estos altibajos son considerados normales.

11-16 Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20 Estados de depresión intermitentes.

21-30 Depresión moderada.

31-40 Depresión grave.

+ 40 Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

Anexo N°3 Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Entre los instrumentos utilizados para evaluar la depresión en personas mayores podemos

citar los siguientes: el Inventario de Beck, la Escala de depresión geriátrica de Yesavage.

Pregunta 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