



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



DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN:
MENCIÓN PSICOLOGIA CLINICA

PROBLEMA:

ABANDONO FAMILIAR Y SU INCIDENCIA EN EL ESTADO EMOCIONAL DE
UN ADULTO MAYOR DE 85 AÑOS DE EDAD DEL CANTÓN CHAGUARPAMBA
PROVINCIA DE LOJA

AUTOR:

JHULISSA NOEMI ROMÁN PALADINES

TUTOR:

MSC. DENNIS MAURICIO JIMENEZ BONILLA

BABAHOYO - SEPTIEMBRE 2021





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



RESUMEN

El presente estudio de caso tiene como objetivo evaluar el abandono familiar y su incidencia en el estado emocional de un adulto mayor y elaborar una propuesta que me permita realizar la intervención psicoterapéutica, teniendo en cuenta que esta problemática que está causando un gran impacto en la vida de la persona de tercera edad de que sufre, provocando afectaciones psicológicas y emocionales, dejándolos vulnerables, desamparados y totalmente inestables.

En el sustento teórico se aborda temas que hace referencia al abandono familiar, tipos, formas de abandono, también los efectos y repercusiones que ocasionan en la vida de la persona de tercera edad. Se describen los procesos de intervención psicodiagnóstico realizada con el adulto mayor.

Dentro de la metodología se procede a utilizar las técnicas tales como: el test de depresión de Beck para medir los niveles de depresión y el test de ansiedad de Hamilton para medir las escalas de ansiedad en el que encuentra la persona, en el desarrollo del estudio de caso se termina que la paciente posee, Trastorno depresivo mayor con ansiedad moderada-severa, la cual se confirmó por medio de las técnicas aplicadas, que me permitió recolectar información.

Se detallan los resultados obtenidos, tomando en cuenta los hallazgos sintomatológicos de cada área funcional, estableciendo el diagnostico correspondiente, elaborando una propuesta psicoterapéutica bajo el enfoque de la Terapia Cognitiva Conductual.

Palabras Claves: Abandono familiar, estabilidad emocional, adulto mayor



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



ABSTRACT

The objective of this case study is to evaluate family abandonment and its impact on the emotional state of an older adult and to develop a proposal that allows us to carry out psychotherapeutic intervention, taking into account that this problem is causing a great impact on life. of the elderly person who suffers, causing psychological and emotional affectations, leaving them vulnerable, helpless and totally unstable.

The theoretical support addresses issues that refer to family abandonment, types, forms of abandonment, also the effects and repercussions they cause in the life of the elderly person. The processes of psychodiagnostic intervention carried out with the elderly are described.

Within the methodology we proceed to use techniques such as: the Beck depression test to measure the levels of depression and the Hamilton anxiety test to measure the anxiety scales in which the person finds, in the development of the case study it is finished that the patient has, Major depressive disorder with moderate-severe anxiety, which was confirmed by the applied techniques, which allowed me to collect information.

The results obtained are detailed, taking into account the symptomatic findings of each functional area, establishing the corresponding diagnosis, elaborating a psychotherapeutic proposal under the approach of Cognitive Behavioral Therapy.

Key Words: Family abandonment, emotional stability, older adult



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



INDICE

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVO GENERAL	2
DESARROLLO	3
El Abandono.....	3
Abandono Familiar	3
Formas de Abandono en el Adulto Mayor	4
Tipos de Abandono:.....	5
Causas de abandono del Adulto Mayor.....	5
Consecuencias del abandono del Adulto Mayor	6
Estabilidad Emocional.....	6
Alta estabilidad Emocional.....	7
Baja Estabilidad Emocional.....	7
Inestabilidad Emocional en el adulto mayor	8
Adulto mayor	8
Envejecimiento	8
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	9
Entrevista	9
Observación Clínica.....	9
Test psicométricos.....	10
Inventario de depresión de Beck.....	10
Test de ansiedad de Hamilton	10



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



RESULTADOS OBTENIDOS	10
Presentación del caso	10
Entrevista 1°	10
Entrevista 2°	11
Entrevista 3°	11
Entrevista 4°	12
Entrevista 5°	12
Entrevista 6°	12
SITUACIONES DETECTADAS	13
RESULTADOS DE TÉCNICAS APLICADAS	13
Área Somática	13
Área Afectiva	13
Área Cognitiva	13
Área Conductual	13
SOLUCIONES PLANTEADAS	14
Segunda sesión	14
Tercera sesión	14
Cuarta sesión	14
Quinta sesión	14
Sexta sesión	15
ESQUEMA TERAPÉUTICO	16
CONCLUSIÓN	18
BIBLIOGRAFÍA	19
ANEXOS	20

INTRODUCCIÓN

La tercera edad se inicia aproximadamente a los 65 años de edad, cuando la persona está pasando por algunos cambios psicológicos, emocionales y físicos, existiendo un deterioro en las distintas capacidades, funciones y habilidades, impidiéndole valerse por sí mismo, durante el proceso de envejecimiento la familia es un pilar fundamental.

Cuando las personas que conforman el núcleo familiar, deciden desentenderse de la persona adulta mayor no haciéndose cargo de su cuidado, protección y atención, toman la decisión de abandonarlos en su hogar o asilos públicos, desencadenando sentimientos de soledad, tristeza y abandono, generando que su estado emocional se vea afectado considerablemente lo que puede provocar emociones negativas que afectan a su salud física y psicológica.

El presente estudio de caso aborda la problemática sobre el abandono familiar y su incidencia en el estado emocional de un adulto mayor de 85 años de edad del cantón Chaguarpamba provincia de Loja, durante la realización de las prácticas pre-profesionales, con la duración de tres meses, en donde se inició con la primera entrevista con el adulto mayor, hasta la última sesión psicodiagnóstico, basándome en la línea de estudio de investigación Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico, planteado por la Universidad Técnica de Babahoyo, durante el desarrollo del presente trabajo logramos guiar a la paciente mediante la psicoeducación, la cual se manejó desde el punto contextual de la sub-línea Primeros auxilios psicológicos, acompañada de las técnicas usadas en el esquema terapéutico.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el abandono familiar en los adultos mayores es una problemática en la que estamos inmersos en todo el mundo, cada vez más evidente, existe un gran incremento de casos de personas de tercera edad en condiciones de vulnerabilidad y desamparo, desencadenando afectaciones psicológicas y emocionales.

Dicha problemática se le determina un valor muy importante dentro del campo de la psicología clínica, con el fin de aportar con conocimiento de relevancia para poder comprender el impacto del abandono familiar de un adulto mayor de 85 años de edad en la ciudad de Loja cantón de Chaguarpamba.

La realización de este estudio de caso se busca abordar desde el enfoque psicológico los distintos contextos, por las que atraviesa el adulto mayor en estado de abandono familiar permitiéndome conocer más a fondo la problemática, realizando la evaluación y diagnóstico para conocer el grado de afectación en su estado emocional, al mismo tiempo esto me permitirá obtener los resultados para constatar la metodología implementada y a su vez la elaboración del esquema terapéutico apropiado basada en la Terapia Cognitiva Conductual, para contribuir a la reducción del mismo de manera significativa, mejorando la calidad de vida del adulto mayor.

OBJETIVO GENERAL

Determinar de qué manera influye el abandono familiar y su incidencia en el estado emocional de un adulto mayor de 85 años de la ciudad de Loja, cantón Chaguarpamba

DESARROLLO

El Abandono

La negligencia o abandono es el descuido que se da por parte de los familiares hacia algún miembro de su familia, por lo general que sufre el adulto mayor, es una dinámica que se vive a diario, realizando el desplazamiento del núcleo familiar, es la realidad en la que muchas personas mayores se enfrentan día tras día.

Pierre (2019) se refiere que el abandono puede ser utilizado en el ámbito legal y situaciones de la vida cotidiana, cuando se trata de un ser vivo, se lo asocia al desamparo, generalmente una de las razones más frecuentes por la que se lleva a cabo en abandono es cuando la persona adulta mayor ya ha cumplido con su vida laboral, dejando de ser productiva para la familia, convirtiéndose en una carga familiar, provocando un quebrantamiento de la interacción humana, afectando su afectividad e impidiendo el fortalecimiento y crecimiento de una familia.

El gran impacto que causa el abandono en los adultos mayores trasciende en su vida provocando un cambio importante, en su comportamiento, en su conducta y en sus relaciones afectivas, generando que la persona mayor se sienta solo, deprimido, creando problemas físicos y psicológicos en las distintas esferas afectivas y cognitiva.

Existen varias formas de maltrato hacia una persona y el abandono forma parte de esta, creando un gran impacto para el adulto mayor que lo padece, cuando hablamos de abandono familiar, hacemos referencia al aislamiento, desabrigo de la persona, sin importar el motivo.

Abandono Familiar

La familia se constituye en una unidad espiritual, cultural y socio-económico, dado que precisamente como un grupo único, crea lazos que van más allá de los físico y emocional, su sentido de pertenencia le permite a cada miembro sentirse parte del otro, compartir sueños y expectativas, así como sufrimientos y dolor, es la unión de las personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se supone duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, en el cual existen un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones. Olivia, E., & Villa, V. J. (2014)

Cuando la persona de tercera edad pertenece a una familia extensa y ninguno de los integrantes de la familia se quiere hacer cargo, el adulto mayor en ocasiones vive solo en su hogar, evento que desencadena estados de depresión, rechazo, falta de energía y desequilibrio

emocional, lo que conlleva en muchos casos el desear la muerte. Siendo la vejez una de las etapas más duras y tristes que muchos adultos mayores lo viven.

Cuando hablamos de abandono familiar estamos haciendo referencia al incumplimiento de deberes legales y sociales, también se conoce como abandono a la acción de excluir a un miembro de familia en circunstancias de vulnerabilidad. El abandono familiar se define “Como la falta de atención y cuidado de los familiares y de la sociedad cuyas repercusiones afectan en gran medida los aspectos biológicos, psicológicos y emocionales de las personas de edad avanzada” Olivia, E., & Villa, V. J. (2014).

Existen algunos casos en donde la familia no desea hacerse cargo de las responsabilidades de cuidar y proteger al adulto mayor, deciden abandonarlos rompiendo todo tipo de contacto o comunicación, por lo tanto, se convierte en una situación problemática de gran impacto en la familia, generando repercusiones a nivel psicológico a la persona que es víctima del abandono familiar.

Cuando hablamos de abandono familiar abarcamos el incumpliendo de los deberes legales, sino también a la acción prescindir o excluir a un miembro familiar que se encuentre en condiciones de vulnerabilidad. Existiendo una pérdida de la identidad para la familia, que extingue la historia que trasmite la sabiduría que posee el adulto mayor a través de los años.

Formas de Abandono en el Adulto Mayor

El abandono a la persona de tercera edad también es una forma violencia que se produce cuando el cuidador no asume la responsabilidad que le corresponde, dejando a la persona adulta mayor desamparada de manera involuntaria:

- Falta de cuidado personal
- Desnutrición
- Deshidratación
- Falta de atención de las lesiones abiertas
- Ambiente inadecuado
- Deterioro progresivo de la salud
- Aislamiento
- Medicamentos excesivos o insuficientes para la salud

Tipos de Abandono:

Abandono Total: Se conoce como abandono total cuando el adulto mayor no tiene un cuidador quien vele por sus derechos y necesidades básicas, viéndose totalmente desamparado, sin ningún ayuda económico.

Abandono Parcial: Normalmente se produce en las familias que tienen los recursos necesarios para pagar las pensiones en un asilo o hogar privado en donde el adulto mayor es internado y las relaciones con su familia son poco frecuentes.

En otros casos existen familias de bajos recursos, que recurren a los albergues públicos para internar a los adultos mayores, por motivo que no pueden encargarse de su cuidado o atención, tornándose la relación familiar distante, disminuyendo el vínculo afectivo.

Abandono Físico: Consiste en el olvido total de la persona de tercera edad que ingresa centro geriátrico y no le brindan un momento de compañía o nunca lo visitan, desatendiéndolo físicamente en algunos casos los adultos mayores son abandonados en las calles convirtiéndose en indigentes.

En etapa del envejecimiento la persona se enfrenta con un sinnúmero de estados psicológicos, que resultan de la combinación de los distintos aspectos físicos, psicológicos y sociales, más aún si enfrentan situaciones de abandono, que desencadenan alteraciones anímicas que pueden provocar una patología psíquica como la ansiedad y la depresión.

Causas de abandono del Adulto Mayor

En la etapa del envejeciente comienza cuando la persona llega a los 65 años en donde ya es considerada una persona de tercera edad, enfrentándose a diversos procesos biológicos y cognitivos que manifiestan un deterioro progresivo de sus funciones, impidiendo al ser humano realizar diversas actividades a las que estaba acostumbrado y no llevando una vida laboral activa.

Esto puede generar molestias en la familia, y causar situaciones como agotamiento, depresión, desinterés, ansiedad y tensiones, existen varias causas como: la edad, residencia y condiciones de salud, que influyen en el abandono.

Edad: Debido a los distintos cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurre en el proceso de envejecimiento, en donde existe mayor dependencia y por ende requiere de más cuidados por parte de sus familiares y la mayoría decide dejarlos en centro geriátricos o abandonados.

Residencia: En un área urbana, mantiene más predisposición a que la persona de tercera edad sea abandonada, debido a las exigencias sociales, labores y la demanda de tiempo, en cambio las personas que viven en áreas rural realizan diferentes actividades por lo tanto estas personas son menos dependientes y predispuestos al abandono.

Condición Socioeconómica: El no contribuir o disponer de ingresos económicos en la familia, predispone mayores probabilidades de ser abandonado, considerando al adulto mayor como una carga familiar.

Condiciones Biológicas: Con el paso de los años el adulto mayor va adquiriendo enfermedades crónicas degenerativas que les impide el desenvolviendo en los diferentes ámbitos de su vida, para realizar las distintas actividades u otras obligaciones, que traen consecuencias negativas en la familia ya que atribuyen mucha responsabilidad para el cuidador y deciden no hacerse cargo.

Consecuencias del abandono del Adulto Mayor

Después de definir cada una de las causas podemos observar que todo recae sobre los adultos mayores ya que sufren de depresión, desamino, tristeza, debilidad, desgaste físico y emocional que pueden provocan la muerte, también es importante conocer las consecuencias, que las producen un resultado negativo en la vida de las personas de tercera.

Es importante mencionar algunas de afectaciones tenemos: deterioró físico, trastornos psicológicos, enfermedades, todo esto afecta al adulto mayor que se encuentra en condiciones de abandono al no contar con el apoyo económico de su familia, para poder adquirir sus necesidades básicas. Es importante que las personas tomemos conciencia a tratar mejor a nuestros adultos mayores, brindándoles más tiempo, visitándolos, preocupándonos por su bienestar y salud

Estabilidad Emocional

La estabilidad emocional es la forma en la que podemos equilibrar nuestras emociones, existen personas que no tienen estas cualidades por lo tanto es posible que tiendan a caer en complicaciones como la depresión y la ansiedad.

Según Ana, (2019) menciona que la: “Estabilidad emocional es un rango positivo de la personalidad que contribuye en el bienestar psicológico; es uno de los factores de personalidad más importante que se presenta en las personas con autocontrol, seguridad” ya que explica

como algunas personas son más vulnerables en situaciones estresantes o fuera de control en donde experimentamos diversas emociones positivas y negativas.

Alta estabilidad Emocional

Ana (2019) refiere que las personas con alta estabilidad emocional toleran bien el estrés de la vida, los problemas y dificultades sin sentirse especialmente ansiosas, tensas, enfadadas, tristes o indefensas, siendo capaces de mantener la compostura en estas situaciones.

Algunas personas que poseen una alta estabilidad emocional ostentan un mayor control de sus emociones y no suelen verse afectados con facilidad por los problemas de vida, sus emociones suelen ser más estables, no presentan síntomas neuróticos, ni hipocondriacos, ya que tienen un enfoque realista de la vida, generalmente son personas pacientes, perseverantes, tranquilas y confiables, mantienen una buena capacidad para manejar sus emociones y planear su vida, resistir sus impulsos, lo que le permite funcionar de forma más flexible, controlada, afrontando la realidad.

De acuerdo con Sebastian (2021) dado que todos somos seres humanos y todos estamos gobernados por nuestras emociones, fácilmente muchos podemos sucumbir antes una tristeza, depresión, infelicidad o dolor por alguna situación en particular.

Baja Estabilidad Emocional

Generalmente las personas que tienen baja estabilidad emocional no toleran la frustración o el estrés, volviéndose incapaces de funcionar de manera satisfactoria frente las distintas dificultades, imprevistos o frustraciones de su vida, reaccionando con inestabilidad emocional o emociones negativas como tristeza, miedo, ira, ansiedad, culpa. Estas personas frecuentemente son inmaduras, preocupadas, impulsivas, impacientes, descuidadas y poco dignas de confianza.

Ana (2019) mencionan que las personas emocionalmente inestables tienen una mayor probabilidad de ver las situaciones ordinarias como amenazantes y las pequeñas frustraciones de la vida diaria las interpretan como terriblemente difíciles, irresolubles o catastróficas. Sus reacciones emocionales negativas tienden a persistir durante mucho tiempo, lo que significa que experimentan dichas emociones gran parte del tiempo

Cuando hablamos de baja estabilidad emocional nos referimos a personas volubles, que intentan evadir la realidad, son inestables en sus actitudes e intereses, se dan por vencidos con facilidad. Pueden tener miedos irracionales, con frecuencias sienten emociones negativas,

guardan resentimientos y no olvidan con facilidad los distintos sucesos negativos, manteniendo dificultad para adaptarse, tienen problemas para afrontarse a situaciones de estrés, resolver problemas y la toma de decisiones.

Inestabilidad Emocional en el adulto mayor

La inestabilidad emocional es una de las características más frecuentes en el deterioro mental del adulto mayor, normalmente se van perdiendo los sentidos y su mente ya no tiene la misma capacidad.

Según Carolina (2011) es importante ir preparando al adulto mayor para cuando pasen por esos momentos de abandono: “La autoestima en el adulto mayor se va perdiendo a partir del hecho en que se va sintiendo solo cuando pierde a su pareja, ante la pérdida de la fuerza física, la pérdida de la salud, la falta de dinero, la independencia de los hijos, la falta de comprensión y paciencia de los demás y la invalidez”.

Adulto mayor

Se considera adulto mayor a las personas que tienen 65 años de edad que se encuentran en el último ciclo de la vida, en donde su cuerpo comienza a sufrir un deterioro, presentando cambios físicos, psicológicos y sociales, disminuyendo su capacidad para realizar distintas actividades cotidianas, como lo solían hacer antes, en algunos casos va a necesitar ayuda de sus cuidadores o familiares en diferentes aspectos de su vida.

“Se considera persona de tercera edad cuando tiene más de 65 años en adelante, durante ese proceso pasa por diferentes cambios físicos, emocionales, psicológicos, afectando sus relaciones familiares, sociales”. Perez (2021).

Envejecimiento

Se considera un proceso de la vida basado en cambios estructurales y funcionales que se van presentando en el desarrollo de la vida, que inicia desde el periodo de embriológico hasta su maduración.

Según la OMS, (2014) define la vejez como la disminución gradual de la capacidad de adaptación a los factores del medio ambiente. Deberían acompañar a la longevidad: el mantenerse libre de enfermedades invalidantes, conservar en grado adecuado las funciones corporales y mentales, y contar con su apoyo apropiado para la contención social.

El envejecimiento mantiene ciertos parámetros biológicos y psicológicos aceptados para cada edad, manteniéndose intacta la capacidad de relación, mental, social y funcional, tomando en cuenta el ambiente familiar, social del adulto mayor, sintiéndose en algunos casos cansado, desinteresado manteniendo problemas de actitud.

Queralt (2016) menciona que el envejecimiento como las transformaciones físicas, metabólicas, mentales y funcionales que se producen a lo largo del tiempo, que comportan una disminución de la capacidad de adaptación a los cambios del entorno, y una mayor dificultad para mantener estable el medio interno. Esto lleva a un aumento de la vulnerabilidad y de la fragilidad.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la elaboración de este caso se utilizaron varias técnicas con los respectivos instrumentos que me permitieron recolectar, verificar y confirmar los datos de la paciente, a continuación, se procede a explicar cada uno:

Entrevista

Es una técnica que me permitió obtener información mediante, la interacción entre terapeuta y paciente, se lo utilizo durante el desarrollo del caso de estudio, permitiendo la recolección de datos en los diferentes ámbitos familiares, sociales y labores, a su vez la infancia, logrando obtener los factores predisponente a la condición actual de la paciente, permitiéndonos obtener un diagnóstico presuntivo tomando como base los signos y síntomas recolectados mediante la entrevista en la narrativa del paciente.

Observación Clínica

Es un técnico psicológico que me permite registrar los datos observados de forma directa e indirecta, utilizándola como guía para realizar sus anotaciones pertinentes durante todo el proceso, manteniendo una distancia pertinente para el desarrollo normal de las sesiones terapéuticas, con la finalidad de recolectar información más relevante de la paciente este sea de manera verbal o no verbal, sus características, comportamientos, durante su interrelación y la interacción con su entorno.

Test psicométricos

Es una técnica valorativa que me permite medir cuestiones más concretas en las personas, que me sirven para obtener un diagnóstico presuntivo, en este estudio de caso se utilizaron 2 pruebas psicométricas con diferentes enfoques.

Inventario de depresión de Beck

Es un instrumento psicológico creado por el psiquiatra e investigador Aaron Beck que se utiliza para medir la severidad de la depresión, este cuestionario consta con 21 preguntas relacionadas con síntomas depresivos con respuestas múltiples, marco tres escalas de depresión como leve, moderada y grave que se puede aplicar desde los 13 años de edad en adelante.

Test de ansiedad de Hamilton

Este es un instrumento elaborado Hamilton con la finalidad de evaluar la intensidad de ansiedad que genera la persona, el cuestionario consta de 14 preguntas, dividiéndola en dos dimensiones que son la ansiedad psíquica y la ansiedad somática, cada pregunta debe ser marcada dando un valor para encontrar su escala: baja, moderada y evada.

RESULTADOS OBTENIDOS

Para la realización del caso de estudio se establecen varias entrevistas psicológicas.

Presentación del caso

Paciente de 85 años de edad perteneciente del cantón Chaguarpamba, provincia de Loja, se procede a sustituir el verdadero nombre de la paciente con el fin de resguardar su privacidad utilizando un seudónimo será “María”.

Entrevista 1°

Se realizó la visita domiciliaria a la paciente el miércoles 26 de mayo del presente año, a las 11h00, para llevar a cabo la primera entrevista psicológica, en donde se realizó la observación clínica previamente al inicio de la primera sesión teniendo una duración de 30 minutos logrando observar su lenguaje verbal, no verbal, características y expresiones, a continuación se inicia la entrevista con la paciente llamada “María”, iniciando con el protocolo de la presentación y explicación con el fin de establecer un buen rapport, a continuación se procedió a realizar la aplicación de la historia clínica, recaudando información de la paciente,

conociendo el motivo de consulta en donde “María” menciona que: **“No tengo a quien esperar estoy sola, mis hijos no me quieren, no me vienen a ver, ni me traen comida, si o no me enduro, a quien voy a esperar”**, sus ojos se ponen lloroso al mencionar eso y continuaba: **“ya no tengo padres, mis hijos me ignoran, no les importo”**, su puedo observar tristeza, desanimo, frustración, falta de energía y miedo constante al futuro, también nos comentó que desde hace unos 3 años **“no puedo dormir en mi casa, tengo miedo, prefiero dormir en el campo y no en mi casa, siento que en la noche alguien toca mi puerta, empiezan ruidos extraños, al apagar las luces y cuando pasa esto una apretazón en el pecho, empiezo a sudar”**. La entrevista duro 1 hora, logrando obtener datos relevantes de la paciente, en donde acordamos cuando se realizaría la siguiente entrevista.

Entrevista 2°

Esta sesión se llevó a cabo el día miércoles 02 de junio del 2021, se realiza visita domiciliaria a la paciente a las 10H00 am, se realiza el protocolo de presentación para poder llevar acabo la segunda entrevista, donde se procedió la aplicación de los instrumentos psicológicos: inventario de depresión de Beck y cuestionario de ansiedad de Hamilton, con el fin de obtener resultados confiables que nos permitan confirmar el diagnostico presuntivo elaborados en la primera sesión, mediante el discurso de la paciente y motivo de consulta.

Entrevista 3°

Esta sesión se llevó a cabo el día miércoles 09 de junio del 2021, se realiza visita domiciliaria a la paciente a las 10H00 am, realizando una retroalimentación con la paciente sobre las sesiones pasadas explicarle a la paciente los hallazgos encontrados y de esta manera, se procedió a trabajar con la técnica de Identificación de pensamientos con la finalidad que la paciente pueda identificar sus pensamientos que le generan tristeza, depresión, ansiedad, explicándole los pensamientos generan sentimientos, se acordó la otra sesión para el próximo miércoles de junio a las 10H00 am.

Entrevista 4°

En la cuarta sesión la cual se lleva a cabo el día 16 de junio del 2021, se realizó la visita domiciliaria a la paciente, mantiene un aspecto físico descuidado y poco cuidado personales, se realizó una retroalimentación con toda la información recolectada en las entrevistas anteriores y se procedió a explicar la técnica que se va aplicar Examinado evidencias con la finalidad que paciente identifique la realidad de sus pensamientos o aquellos que producen una conductas, tratando de buscar las evidencias de las pro y las contra de sus pensamientos,

reconociendo el grado de creencia de la persona sobre sus pensamientos, después se procedió a interactuar con la paciente explicando cómo se sintió luego de la aplicación de la técnica ya mencionada, se acuerda la siguiente sesión para el día el miércoles de la próxima semana a las 10H00 am.

Entrevista 5°

Esta sesión se realizó el día 23 de junio del 2021, se realiza la visita domiciliaria a la paciente para continuar con las sesiones terapéuticas, se procede a interactuar con la paciente, luego se procede a aplicar la técnica de Análisis de costo y beneficios con la finalidad que la paciente sea consciente de las ventajas y las desventajas que le generan sus creencias o sus pensamientos, tratando que la persona analice todas las perspectivas, al final le preguntamos cómo se sintió con la aplicación de la técnica y se acordó la siguiente sesión.

Entrevista 6°

Esta sesión se realizó el día 30 de junio del 2021, se realiza la visita domiciliaria a la paciente para continuar con las sesiones terapéuticas, se interactúa con el paciente y después de proceder a realiza la explicación sobre la técnica que se va a trabajar Pensamientos Alternativos se trata sobre buscar un pensamiento que motive o incentive a la personas, a cambiar ese pensamiento, enseñando al paciente que tenemos que crear pensamientos alternativos adaptándose mejor a los hechos de la situación.

Entrevista 7°

Esta sesión se realizó el día 7 de julio del 2021, se realiza la visita domiciliaria a la paciente para continuar con las sesiones terapéuticas, se realizó una retroalimentación en base a todo la recolección de información de cada sesión y después de proceder a realiza la explicación sobre la técnica que se va a trabajar Programación de actividades y ejercicios de relajación consiste en elaborar un tipo de calendario con actividades entre el terapeuta y la paciente se llega acuerdos de comenzar a realizar actividades de acorde a su edad que le parezcan agradables o llamativas que permitan sentirse bien, mejorando su calidad de vida.

SITUACIONES DETECTADAS

En la culminación del estudio de caso es importante plantear un diagnóstico presuntivo para nuestra paciente, resaltando los problemas que desencadenan afectaciones físicas y psicológicas en la persona de tercera edad, obtenidas en cada sesión realizada, basado se en la recolección de datos

RESULTADOS DE TÉCNICAS APLICADAS

En el presenta estudio de caso se realizó la aplicación de 2 test psicológicos, con los siguientes resultados:

- Test de Ansiedad de Hamilton: Obtuvo un puntaje de 36 (Ansiedad grave)
- Inventario de depresión de Beck: obtuvo un puntaje de 49 (Depresión grave)

Área Somática

La paciente presenta problemas de sueño (insomnio), sudoración excesiva, cefalea y pérdida de apetito.

Área Afectiva

La paciente comenta que se siente sola, al ver que a ninguno de sus 8 hijos se preocupan por ella, ni les importa esto genera preocupación, inestabilidad, tristeza, estrés, llanto, desesperación, frustración al verse que no puede realizar algunas actividades como antes, también mantiene enojo, sentimiento de soledad y disvalia.

Área Cognitiva

La paciente se encuentra desmotivada, con frecuencia genera pensamientos de abandono y desesperanza y se algunas ocasiones se encuentra en estado de alerta.

Área Conductual

La paciente mantiene baja interacción social, no mantiene contacto familiar, la mayor parte del tiempo lo pasa sola, en la noche tiene sensación de presencia.

En base a la evaluación de las áreas competentes, se procedió a realizar el diagnóstico correspondiente de acuerdo con la sintomatología que presenta la paciente en cada área, presentado un Trastorno depresivo mayor con ansiedad moderada – severa 296.33, diagnóstico basado en el DSM-5

SOLUCIONES PLANTEADAS

De acuerdo con la sintomatología recopilada mediante el caso de estudio podemos elaborar el esquema terapéutico teniendo en cuenta cada signo y síntoma que presenta la paciente, planeando objetivos para el correcto desarrollo del mismo:

- Ayudar a la paciente tenga conciencia de enfermedad y juicio de realidad, sobre el trastorno de depresión que posee.
- Identificar los pensamientos generan sentimientos, desencadenado síntomas de depresión y ansiedad.
- Programar actividades físicas y de alimentación saludable.

Durante el desarrollo de las distintas sesiones se aplicó diferentes técnicas establecidas en el esquema terapéutico de la paciente.

Tercera sesión

Durante la tercera sesión se aplicó la técnica de Identificación de pensamientos con la finalidad de que persona puede entender cómo se siente o se comporta, es importante la paciente identifique los pensamientos en las diferentes situaciones que se presenten, explicándole los pensamientos generan sentimientos.

Cuarta sesión

En el desarrollo de la cuarta sesión se aplicó la técnica de examinando evidencias con el fin ayudar al paciente a identificar la realidad de sus pensamientos, buscando las evidencias necesarias del pro y las contras de sus pensamientos, reconociendo el grado de creencia de la persona, obteniendo resultados positivos, logrando que la persona verifique sus pensamientos que generaba frente a cada situación.

Quinta sesión

Durante el desarrollo de la sesión se aplicó la técnica de Análisis de costo y beneficios con la finalidad que la paciente sea consciente de las ventajas y las desventajas que le generan sus creencias o sus pensamientos, tratando que la persona analice todas las perspectivas, por medio de esta técnica se logró que la paciente conozca las ventajas y desventajas de sus creencias.

Sexto sesión

En el desarrollo de esta sesión se procede a realiza la explicación sobre la técnica de Pensamientos Alternativos que consiste en cambiar la forma de pensar, sustituir los

pensamientos basados en creencias irracionales y distorsiones cognitivas por pensamientos más objetivos y adaptativo, con la finalidad de que la paciente busque un pensamiento que motive o incentive a cambiar ese pensamiento negativo, induciendo a la paciente a generar pensamientos alternativos, mediante la aplicación de esta técnica la paciente puede formar pensamientos que le permitan contrarrestar valides a los pensamientos negativos.

Séptima sesión

Durante la realización de la sesión se procedió a realiza la técnica de Programación de actividades y ejercicios de relajación que consiste en planificar algunas actividades acordes a su edad, que le parezcan interesante incentivándolo a su práctica llevándose a cabo entre el terapeuta y la paciente en mutuo acuerdo, logrando mediante esta técnica que la persona retome a realizar actividades, de esta manera se trata de deducir la depresión y ansiedad.

Cabe recalcar que cada una de las técnicas que se aplicó en este estudio de caso se le explico al paciente de manera explícita con la finalidad que la paciente entienda y lo pueda aplicar en su diario vivir.

ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
ÁREA COGNITIVO (No tiene conciencia de enfermedad)	Lograr aclarar las ideas e inquietudes de la paciente	Psicoeducación	1	02/06/2021	Dar a conocer la programación del tratamiento y plantear objetivos Dialogar con el paciente y establecer un rapport
ÁREA COGNITIVO ÁREA AFECTIVA	Lograr que el paciente identifique sus pensamientos que están generando depresión y ansiedad y aclarar ideas e inquietudes en los cuidados dentro del tratamiento.	Reestructuración Cognitivo -Identificación de pensamientos automáticos -Búsqueda de evidencias. -Análisis de beneficios- Pensamientos Alternativos	4	09/06/2021 16/06/2021 23/06/2021 30/06/2021	Se logra que la paciente poco a poco identifique sus pensamientos que provocan depresión y ansiedad que afecta en la realización de sus actividades diarias.
ÁREA SOMÁTICO (Insomnio, Dolor torácico, sudoración excesiva, también crea alucinaciones auditivas, pensamientos excesivos, que provocan miedo, angustia, frustración y sensación de presencia).	Lograr que el paciente realice actividades de aspecto recreativo diarias en sus tiempos libres, que nos permitan reducir sus síntomas de ansiedad. Tratar de lograr que la paciente vuelva a realizar las actividades diarias.	- Programación de actividades diarias - Ejercicios de relajación progresiva	1	07/07/2021	Lograr que el paciente identifique las situaciones que generen ansiedad. Mediante esta técnica generar actividades de agrado para el paciente y que pueda realizarlas tranquilamente sin ninguna complicación. Mediante ejercicios de respiración, donde se inhala por 3 segundos el aire y

ÁREA CONDUCTA SOCIAL Pérdida de interés en actividades.					se lo exhala en 5 minutos se logra reducir niveles de ansiedad y lograr un estado de calma en la paciente.
---	--	--	--	--	--

CONCLUSIÓN

Con el desarrollo del presente estudio de caso se pudo determinar que el abandono familiar en el adulto mayor incide considerablemente en el estado emocional afectando en su vida cotidiana, desencadenando un sin número de signos y síntomas como tristeza, insomnio, desesperanza, falta de energía, aislamiento, pérdida de apetito que inciden de manera negativa en su vida.

Las principales causas por las que se da el abandono familiar hacia el adulto mayor es por la culminación de su vida laboral, convirtiéndose en una carga familiar al no generar ingresos y depender de muchos cuidados, la persona de tercera edad se enfrenta a distintos cambios biológicos, psicológicos y cognitivos, en donde la familia prefiere abandonarlos antes que hacerse cargo de su cuidado, rompiendo todo tipo de comunicación y vínculos afectivos desencadenando una sensación de desamparo, dejándolos totalmente inestables emocionalmente.

Las técnicas que fueron aplicadas nos brindaron resultados favorables, en el presente estudio de caso, de esta forma se pudo comprobar la influencia entre ambas variables, para el cumplimiento óptimo de este estudio se pudo contar con la línea de investigación de Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico, la misma que nos permitió por intermedio de la sub – línea : primeros auxilios psicológicos, logrando cumplir el objetivo planteando un esquema terapéutico pasado en las necesidades de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Ana, M. (01 de Noviembre de 2019). *ABOUT ESPAÑOL* . Obtenido de ABOUT ESPAÑOL :
<https://www.aboutespanol.com/que-es-la-estabilidad-emocional-2396374>
- Carolina. (2 de Octubre de 2011). *Blogspot*. Obtenido de Ayuda para la inestabilidad emocional: <https://inestabilidad-emocional.blogspot.com/2011/10/inestabilidad-emocional-en-el-adulto.html>
- Montse, Q. (3 de Noviembre de 2016). *MAPFRE*. Obtenido de MAPFRE:
<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/cambios-en-la-vejez/definicion-de-envejecimiento/>
- Olivia, E., & Villa, V. J. (Enero - Junio de 2014). *Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización*. Recuperado el 1 de Septiembre de 2021, de Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización:
<http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
- OMS. (Junio de 2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *SCIELO*, 25. Obtenido de SCIELO: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
- Perez, M. (10 de Septiembre de 2021). *ConceptoDefinición*. Obtenido de ConceptoDefinición:
<https://conceptodefinicion.de/buda/>
- Pierre, J. (2019). *SIGNIFICADO* . Obtenido de SIGNIFICADO :
<https://significa.do/definicion/abandono/>
- Sebastian, C. M. (2021). *Desarrollo Personal* . Obtenido de Desarrollo Personal :
<https://www.sebascelis.com/estabilidad-emocional/>

ANEXOS

Anexos 1

Objetivo: Recolectar información del paciente

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: / /

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: Femenino _____ Estado civil: _____

Religión: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

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

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

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

6.3. HISTORIA LABORAL _____

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL _____

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

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD _____

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

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO _____

6.9. HISTORIA MÉDICA _____

6.10. HISTORIA LEGAL _____

6.11. PROYECTO DE VIDA _____

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

7.2. ORIENTACIÓN _____

7.3. ATENCIÓN _____

7.4. MEMORIA _____

7.5. INTELIGENCIA _____

7.6. PENSAMIENTO _____

7.7. LENGUAJE _____

7.8. PSICOMOTRICIDAD _____

7.9. SENSOPERCEPCION _____

7.10. AFECTIVIDAD _____

7.11. JUICIO DE REALIDAD _____

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD _____

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

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

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

Firma del pasante

Anexo 2

Objetivo: Medir la escala de depresión del paciente

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

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

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 3

Objetivo: Medir el nivel de ansiedad de la paciente

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre del paciente: _____

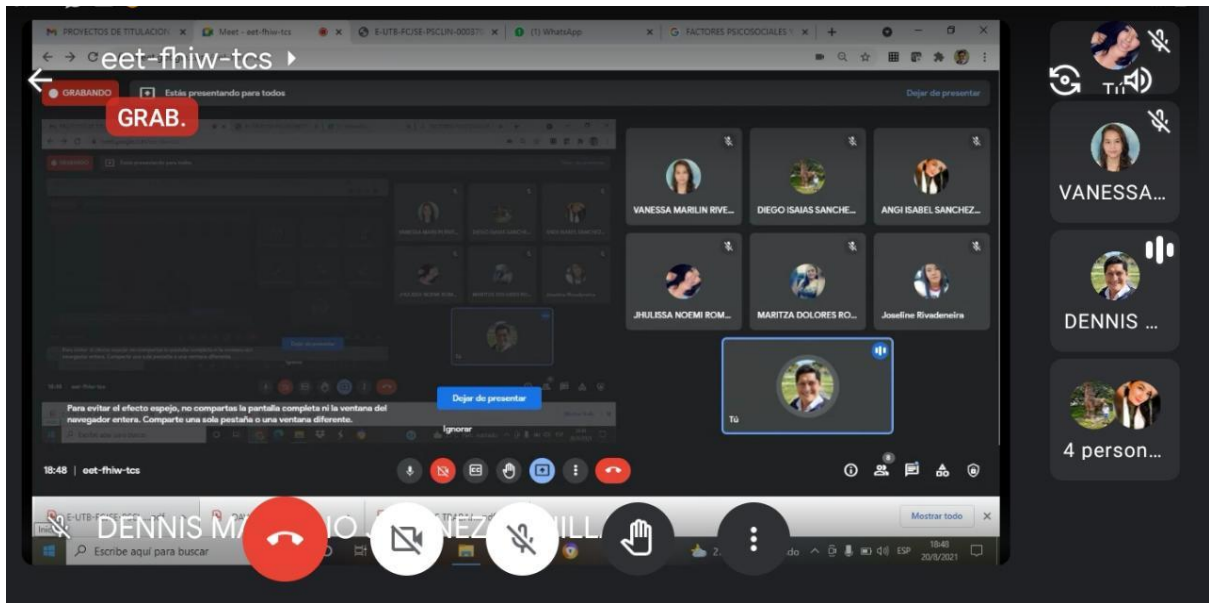
Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: La lista de síntomas es para ayudar al médico o psiquiatra en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor anote la puntuación adecuada.

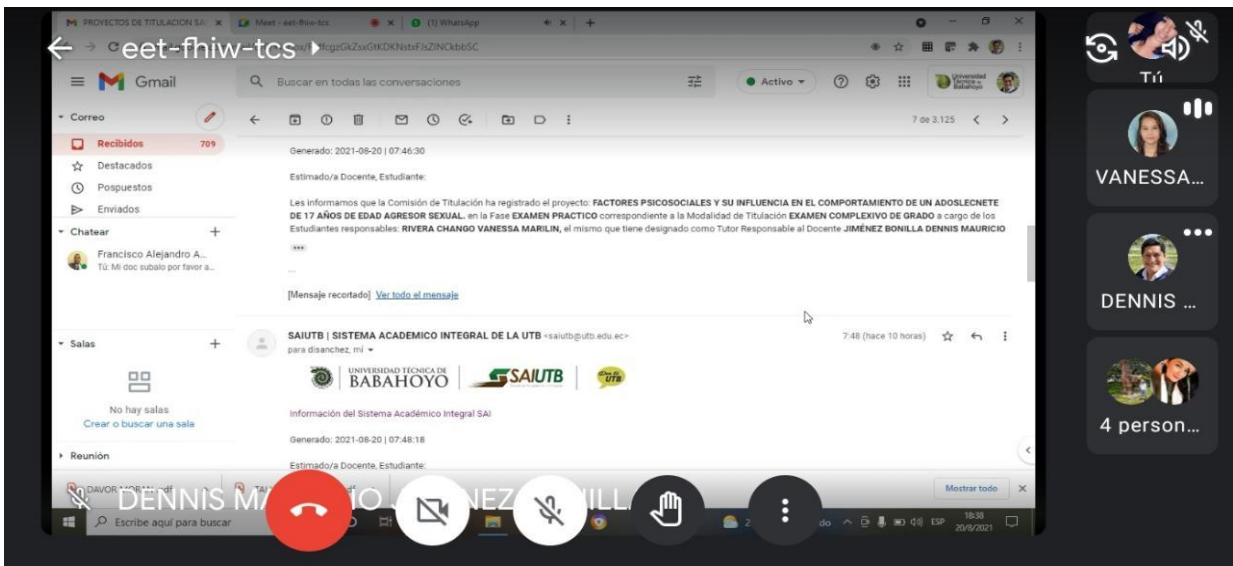
0 = Ninguno 1= Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Muy incapacitante

Elemento	Síntomas	Punt.	Elemento	Síntomas	Punt.
1. Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad		9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido	
2. Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse		10. Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	
3. Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes		11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborigmos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento	
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos		12. Síntomas genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia	
5. Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida		13. Síntomas autónomos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, erizamiento del cabello	
6. Humor depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficciones, depresión, despertar anticipado, variación en el día		14. Comportamiento durante la entrevista	Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez, facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos	
7. Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular			Puntuación total	
8. Somático (sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de incomodidad				

Anexo 4



Reunión con el tutor de titulación master. Dennis Mauricio Jiménez Bonilla mediante la plataforma de Google meet



Reunión con el tutor de titulación master. Dennis Mauricio Jiménez Bonilla mediante la plataforma de Google meet

Anexo 5



Visitas domiciliarias para realizar las sesiones terapéuticas con la paciente