



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACION Y
DERECHO
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

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

PROBLEMA:

VIOLENCIA PSICOLÓGICA E INCIDENCIA EN EL ESTADO
EMOCIONAL DE UNA MUJER ADULTA MAYOR DEL CANTÓN BABA
PROVINCIA DE LOS RÍOS

AUTORA:

PAMELA STEPHANIA SÁNCHEZ MUÑOZ

TUTOR:

AB. DANIEL GÓMEZ VILLALBA, MSC.

BABAHOYO – OCTUBRE 2021

DEDICATORIA

El presente trabajo de estudio de caso, se lo dedico primeramente a Dios por ser mi fuerza y guía durante toda mi etapa universitaria, a mis padres por ser el pilar fundamente para seguir estudiando y no rendirme pase a las dificultades que como familia hemos pasado, a mis hermanos por brindarme su apoyo y dedicación, a mis pequeños sobrinos por ser mi motivación y a mi tío Jorge, mi mamita Perpetua, demás familiares y amigos incondicionales que siempre han estado dispuestos ayudarme en todo momento les agradezco por cada consejo y ayuda que me han brindado a lo largo de mi carrera. Este logro es gracias a cada uno de ustedes ya que me enseñaron a no rendirme y a poder cumplir con mis objetivos.

Pamela Stephania Sánchez Muñoz

RESUMEN

El estudio de caso presentado se desarrolló mediante el objetivo de conocer la incidencia de la violencia psicológica en el estado emocional en una mujer adulta mayor del cantón Baba provincia de Los Ríos, iniciando desde la perspectiva de los conceptos de violencia psicológica, la cual se expresa en humillaciones, insultos, privación de la libertad, amedrentamientos, exigencias que sobrepasan las capacidades físicas e intelectuales, abuso de poder, indiferencia, y entre más situaciones que le provocan malestar a la persona que sufre este tipo de violencia.

Los instrumentos utilizados para la recolección de la información en la paciente son de gran importancia para lograr el diagnóstico preciso, se aplicó distintas técnicas como la observación directa, entrevista clínica donde se utilizó la historia clínica, batería de test psicométricos donde se usó el Inventario de Aarón Beck y el test de Karen Machover con el Dibujo de la figura humana. Al obtener el diagnóstico preciso, se pudo elaborar un esquema psicoterapéutico como propuesta enfocado en la terapia cognitiva conductual, para que esas técnicas sean aplicadas con la finalidad de modificar las conductas y pensamientos en la paciente que generan un malestar y que no permite que se desarrolle en su entorno de manera normal.

Palabras claves: Incidencia, Depresión, Violencia, Violencia Psicológica, Estado Emocional.

SUMMARY

The case presented was developed through the objective of knowing the incidence of psychological violence in the emotional state of an older adult woman in the Baba canton of the province of Los Ríos, starting from the perspective of the concepts of psychological violence, which is expressed in humiliations, insults, deprivation of freedom, intimidation, demands that exceed physical and intellectual capacities, abuse of power, indifference, and more situations that cause discomfort to the person who suffers this type of violence.

The instruments used for the collection of important information from the patient and thus achieve an accurate diagnosis, different techniques were applied such as direct observation, clinical interview using the clinical history, battery of tests using the Aaron Beck Inventory and the Karen Machover test with the Drawing of the human figure. By obtaining an accurate diagnosis, it was possible to elaborate a psychotherapeutic scheme as a proposal focused on cognitive behavioral therapy, so that these techniques could be applied with the purpose of modifying the behaviors and thoughts in the patient that generate discomfort and do not allow her to develop in her environment in a normal way.

Key words: Incidence, Depression, Violence, Psychological Violence, Mood.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	ii
Resumen.....	iii
Summary.....	iv
Introducción.....	1
Desarrollo.....	2
Justificación.....	2
Objetivo.....	2
Sustento teórico.....	3
Técnicas aplicadas para la recolección de información.....	11
Resultados obtenidos.....	13
Situaciones detectadas.....	14
Soluciones planteadas.....	15
Conclusiones.....	18
Recomendación.....	19
Bibliografía.....	20
Anexos.....	21

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso es parte de un procedimiento académico, que se basa en la práctica pre-profesional ejecutada previamente e inicia la necesidad de poder abordar sobre la incidencia de la violencia psicológica en el estado emocional de la adulta mayor, en la que se puede confirmar que es una situación muy común en la actualidad, ya que en ocasiones se presenta y se desarrolla en el contexto familiar o social de este tipo de personas sin importar la raza, cultura, o nivel social.

La violencia psicológica es invisible, pero se expresa mediante el abuso de forma verbal, reclusión y privación de su persona, hostigamiento, con la finalidad de manipular y poder tener el control total de su víctima. Trayendo consigo mismo muchas consecuencias y en ocasiones secuelas a nivel emocional muy fuertes como son: la agresividad, autoestima insana, abuso de sustancias, depresión, ansiedad y otras.

Este tipo de violencia logra ser ejecutada por los familiares, personas cercanas o cuidadores de una adulta mayor. Es muy importante mencionar que la consecuencia de este problema no solo sufre quien la vive, sino que dan lugar a que se deteriore la productividad y desarrollo de la sociedad.

Este estudio de caso se ejecutó mediante el enfoque cualitativo, usando métodos, técnicas e instrumentos de investigación, en el que podemos expresar el método inductivo, descriptivo, y análisis documental mediante una revisión bibliográfica, la observación, entrevista clínica usando el instrumento de la historia clínica y la aplicación de batería de test de forma proyectiva y psicométricos para los cuales nos permitieron recolectar información muy importante para que se pueda concluir este estudio.

Se desarrolló bajo la línea de investigación de asesoramiento psicológico y la sub línea de asesoría y orientación educativa, personal-social-familiar, vocacional y profesional, con el fin importante de lograr mejorar la vida en su calidad y calidez de la adulta mayor y de la comunidad.

DESARROLLO

Justificación

La violencia psicológica es una manera invisible de afectación mental, en una cultura que se considera a los ancianos como seres que no son útiles y frágiles, además que no realicen ningún tipo de aportación a la sociedad para su desenvolvimiento. Convirtiendo a este grupo vulnerable únicamente como una carga económica o emocional para los demás o a un grupo determinado que se especifique o se encargue de su cuidado.

La adulta mayor del cantón Baba, provincia de Los Ríos es la beneficiaria directa de este trabajo de titulación, puesto que el desarrollo es muy importante porque aporta datos y estrategias esenciales para que la adulta mayor y su entorno familiar puedan atender y reducir esta problemática que está afectándolos, ya que en psicología no es nada extraño resolver este tipo de problemática social y familiar, en la actualidad los hogares siguen siendo los que brinden atención en primer término y por más tiempo a nuestra beneficiaria.

Este contexto, si bien es por un lado que beneficia a la adulta mayor para que ella pueda preservar su entorno efectivo primario, por otro lado, puede ir acompañada de un riesgo creciente de sufrir algún tipo de abuso psíquico. Es muy crucial decir que en su mayoría de los casos de este tipo de violencia unos de los responsables se encuentran en el mismo entorno familiar de la agredida.

Este trabajo es factible, porque cuenta con el tiempo, los conocimientos, las estrategias y técnicas psicológicas esenciales para la utilización y serie, de poder interpretar los datos y tener en cuenta que contamos con la predisposición y voluntad de la paciente para el desarrollo del estudio presente.

Objetivo

Conocer la incidencia de la violencia psicológica en el estado emocional en una adulta mayor del cantón Baba, provincia de Los Ríos.

SUSTENTO TEÓRICO

Violencia

Según OMS (2017) al hablar de violencia, consultamos con el acto corporal o verbal inmoderado con el propósito de la razón de atacar a un individuo, trayendo consigo más de un resultado. El uso planificado de la fuerza o la energía corporal, puede ser esta en forma de amenaza o real, hacia uno mismo, algún otro personaje, o un conjunto de red, que razone o tenga una alta probabilidad de:

- Causar daño
- Muerte
- Deterioro del desarrollo
- Daño psicológico
- Privatización.

En consecuencia, se puede decir que la violencia es el movimiento físico o verbal que es ejercido mediante de uno o más agresores para adquirir aficiones privadas pasando por alto el consentimiento del o los afectados, causando secuelas físicas y mentales o tal vez provocando la muerte, se prevé que 1 a 7 adultos mayores sufre algún tipo de violencia dentro de su entorno familiar o social.

Tipos de violencia que se da en los adultos mayores

Según León (2018) expresa que existen 4 tipos de violencia que se da en los adultos mayores como son:

-  Física
-  Patrimonial
-  Sexual
-  Psicológica

Este presente estudio de caso tiene como tema la violencia psicológica y su incidencia en una adulta mayor, es por esto que a continuación se detalla la violencia psicológica para una mejor comprensión de este estudio.

Violencia psicológica

Según Vértiz (2019) expresa que la violencia psicológica o emocional es una forma de maltrato que se manifiesta con gritos, amenazas, insultos, intimidación, prohibición, indiferencia, desconocimiento, celos, olvido emocional, humillación, chantaje, coacción, manipulación y descalificaciones.

Con estos actos, la persona agresora busca controlar al otro sujeto, atemorizando con emociones de inseguridad, dependencia, desvalorización, ocasionalmente y minusvalía. Esta forma de violencia es más difícil de detectar que la violencia física, pero puede ser muy desfavorable porque es muy progresiva y de vez en cuando causa daños irreversibles en el carácter de la persona que la sufre.

Expresa Fernández (2020) que la violencia psicológica es cualquier agresión realizada a través de uno o más sujetos que al mismo tiempo sin la interferencia del contacto físico, se basa en evidencia verbalmente mediante descredito, devaluación, desprecio y humillación a un adulto mayor. Al tratarse de un tipo de violencia verbal, es más difícil de detectar ya que no se logra observar a simple vista.

Es muy común que estos movimientos vayan acompañados de golpes tirones, latigazos, empujones, quemaduras, violencias sexuales y artilugios punzantes. Estos movimientos pueden generar emociones de bajón, decepción, ansiedad, melancolía, tensión que en algunos casos ha llegado al suicidio de los adultos mayores.

Según Ortiz & Vásquez (2019) dan su punto de vista sobre la violencia psicológica y expresan que se puede considerar que los principales agresores son hijos, nietos, sobrinos y alguna persona que este al cuidado de este. El motivo del agresor es dominar al adulto mayor mediante movimientos que consisten en:

- ✚ Desprestigios, degradaciones, gritos y ofensas.
- ✚ Pedir demás en sus capacidades cognitivas o físicas.
- ✚ Privatización de libertad, intimidar o causar deterioro en el aspecto físico.
- ✚ Chantajear al adulto mayor con desampararlo.
- ✚ Despersonalización, infantilización o apatía.
- ✚ Falta en su libertad individual o reclusión.
- ✚ Negación de su derecho a la asistencia médica.
- ✚ Entrometerse en su vida íntima.
- ✚ Esforzar su capacidad en las relaciones familiares, interpersonales o sociales.
- ✚ Vigilar excesivamente su conducta o sus actividades.
- ✚ Reprochar el estado económico o su cargo laboral a causa del cuidado.
- ✚ Limitar el uso de diferentes dependencias en el hogar.

Este tipo de comportamientos hacia los adultos mayores, están ligados a un dispositivo o sub cultura que se cree y considera a ellos como seres que no son útiles para la sociedad y que no aportan nada, por eso en su mayoría de los casos, se ve como una carga hacia su cuidador ya sea económico o emocional que tienen que solventar.

Que ocasiona la violencia psicológica en los adultos mayores

Manifiesta Leman (2020) que es muy difícil reconocer la causa que lo origina, pero si hay ciertos factores que influyen:

- Tener más de 70 años
- Presente problemas de memoria o de aprendizaje
- Padecer una enfermedad médica
- No tener una persona a su cuidado.
- Presente problemas al relacionarse con los demás

- Dependencia de dinero o lugar para vivir a su cuidador.
- Persona del cuidado consume bebidas alcohólicas o sustancias ilegales.
- El cuidador padezca de un problema de personalidad o de trastorno mental.

Signos y síntomas de la violencia psicológica en adultos mayores

Según Mesa (2021) expresa que:

- No puede hablar manteniendo contacto visual
- Temor
- Desesperación
- Problemas en su autoestima y Autoconcepto
- Alteración
- Ansiedad
- Estado de ánimo deprimido
- Retraimiento
- Lastimarse
- Problemas de insomnio
- Problemas en la alimentación
- Interrumpir sus actividades cotidianas
- No toma decisiones

Como se debería de tratar la violencia psicológica en los adultos mayores

Según Franco (2021) manifiesta que puede ser trasladado a un lugar donde le den cuidados diurnos especializados en adultos mayores, además que le puedan ofrecer servicios donde se garanticen sus derechos a la seguridad, recreación y salud.

- **Medicamento:** Los galenos pueden proporcionar medicamentos para tranquilizar, relajar y lograr que duerma al adulto mayor, además, que brinde otros medicamentos en caso que presente alguna enfermedad medica base.
- **Atención psicológica:** Es muy importante que se brinde este tipo de servicio en centros gerontológicos puesto que en ellos se puede ocasionar sentimientos de depresión, inseguridad, temor o ansiedad, y este servicio le podría servir para poder mejorar su calidad de vida.

Es complejo poder denunciar este tipo de violencia que sufren la gran parte de la población adulta mayor, pero si se muestra ayuda es muy significativo realizarlo. Muchos especialistas pueden determinar el riesgo que puede tener cada uno de ellos mediante reportes de la atención psicológica. Es por eso que se prioriza este tipo de ayuda para poder prevenir y tratar a las personas que sienten que están solas, y en ocasiones callan por temer a represalias que no irían contra de ellas sino sobre un familiar muy querido.

Cuando el adulto mayor se encuentra en este conflicto es muy importante que se brinde la ayuda psicológica para que pueda acceder diferentes servicios que ofrecen entidades públicas. Cabe mencionar que si los mayores riesgos ante la violencia psicológica no reciben un tratamiento adecuado es un alto nivel de probabilidad que logre problemas en su estado emocional y de salud.

Maltrato al adulto mayor

Según la OMS (2017) manifiestan que cualquier actuación que produzca en el adulto mayor daño se forma intencionada o no, esto en su mayoría suele ser en el entorno familiar, social o laboral. Esto permite que los derechos sean vulnerados en su integridad física y psicológica, así como el principio de autonomía o derechos que son bases en la persona como respeto y otros que son constatables visiblemente.

En el adulto mayor existe el rechazo, negatividad o fallo para iniciar alguna actividad que permita que se respeten sus derechos, deberes y obligaciones, de manera participativa o

involuntaria, además de no aportar con el sustento económico, cuidados básicos, alimentos, higiene personal, hidratación, vestiduras, medidas de confort, tiempo de recreación, seguridad, medicamentos, objetos que favorezcan su salud física (prótesis, lentes o bastón). Mediante lo antes mencionado es muy importante conocer que todo esto produce maltrato psicológico porque da lugar al cuidador a su familiar que constantemente repite cosas negativas del adulto ya que no aporta ingresos en el entorno familiar.

Estado emocional

Según Martínez (2019) expresa que el estado emocional es el estado psicológico que los estudios afectivos y emocionales que se están calificando, es la emoción dominante de un personaje en un momento determinado que puede ser buena o insatisfactoria. El estado emocional se origina a través de pensamientos o situaciones que pueden ser correctas u horribles.

Tiene una duración prolongada que puede ser de semanas, días u horas. Ejerce una increíble influencia en la forma en que percibimos el entorno que nos rodea. Se diferencia de los sentimientos en que no es tan extremo, tiene una mayor duración y no se activa a través de un estímulo o incentivo concreto.

Sin embargo, difiere adicionalmente de la personalidad ya que abarca tendencias y características que persisten en el tiempo, pero en algunas condiciones los tipos positivos de personalidades también pueden sugerir ciertos estados de ánimo al individuo. Los estados de ánimo se clasifican comúnmente como precisos u horribles, dentro de esta categorización, la eutimia es un estado emocional cotidiano, caracterizado por el bienestar, la estabilidad personal, sin un atisbo de abatimiento, decepción, agonía o malestar.

Según Pisco (2018) expresa que la eutimia se sitúa entre la hipertimia y la distimia. La hipertimia se caracteriza por un tono afectivo excesivo o manía dentro del desafío y la distimia se caracteriza por un temperamento deprimido, bajo, trastornos del sueño, poca concentración, desánimo, falta de energía y poco interés por las actividades del día a día.

La teoría de Robert Thayer afirma que el estado emocional está relacionado con la electricidad y la ansiedad, y que sus oscilaciones se armonizan a través del deleite o la insatisfacción de los diversos deseos instintivos y relacionales del ser humano. El estado emocional puede variar en el avión pobre, maravilloso o en casos seguros puede oscilar en la indiferencia con el medio ambiente.

Algunas alteraciones del temperamento pueden generar patologías que suelen conocerse como trastornos del temperamento. Estos problemas suelen darse en personas mayores que sufren o sufrieron violencia mental. Tales trastornos pueden ir desde la melancolía profunda hasta la manía.

La depresión es un estado de pensamientos que se manifiesta con melancolía, decepción, tristeza inmoderada, emociones y mente que evitan el día a día de la preocupación. Por otra parte, la manía es un estado de pensamientos que se distingue de los demás por impartir dentro de la persona exaltación, euforia, irritabilidad fuera de los límites de la normalidad.

Estado anímico de un adulto mayor con antecedentes de violencia psicológica

Según Salazar & Alvarado (2018) manifiestan que el envejecimiento humano es una forma complicada que se caracteriza por los ajustes físicos, cognitivos y mentales en relación con el entorno que le rodea. Comienza con el pensamiento y termina con la muerte del hombre o la mujer.

El sistema de envejecimiento soberbio o negativo depende básicamente de las experiencias, los acontecimientos y los cambios afrontados en el curso de la dirección de la vida. En esta etapa, si un adulto mayor es maltratado psicológicamente por medio de su pareja, hijos, nietos o diferentes individuos de la familia o cuidadores primarios. Debido a su género, país físico, intelectual o emocional, reputación económica, y muchos otros.

El individuo mayor desarrollará una secuencia de ideas, sentimientos y sensaciones, especialmente ansiedad, abatimiento, desconfianza, preocupación, tensión, pesadez, inutilidad, soledad, infelicidad, aislamiento y pensamientos suicidas. En otras palabras, la violencia

mental o el maltrato afectan el país de la mente del adulto mayor victimizado en una medida profunda y crónica, trayendo consigo secuelas emocionales muy intensas.

Además de esto, las emociones y sentimientos como resultado de la violencia mental a la que está expuesta la persona mayor conducen a un agotamiento físico e intelectual, contrarrestando su poder y sugiriendo que se deleite con sentimientos negativos que hacen contribuciones al deterioro de sus capacidades físicas, cognitivas y psicológicas.

Según Gutiérrez, (2019) manifiesta que a pesar de que el maltrato psicológico puede ser muy difícil de descubrir, ya que se realiza a través de insultos, desmoralización, desvalorización, humillación, despersonalización, burla, mofa, privación de la libertad de la persona, entre otros.

En algunas actividades, el adulto mayor suele mostrar signos de violencia psicológica que consisten en cambios bruscos de humor, aislamiento, pérdida de apetito, trastornos del sueño, alteraciones de las funciones digestivas, indiferencia hacia su entorno, pérdida de concentración, baja motivación para realizar los deportes cotidianos que normalmente desarrolla, mirada preocupada o irritable, paranoia, comportamientos poco comunes, morderse, mecerse y hablar solo.

Es muy común que a los adultos mayores víctimas de violencia mental, abuso o maltrato se les diagnostiquen trastornos del estado emocional junto con: la dolencia depresiva importante, el trastorno bipolar y la dolencia depresiva continúa llamada distimia. Los problemas de tensión, el síndrome de presión de presentación, los problemas de consumo, el alcoholismo y la dependencia de las drogas también suelen identificarse en las víctimas de edad avanzada de la violencia mental.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Este estudio de caso se fue desarrollando en base al enfoque cualitativo donde se utilizó diferentes técnicas psicológicas para que se recopile la información más importante para el desenvolvimiento de la indagación, técnicas e instrumentos acorde la problemática. Hay que mencionar que esté direcciona por medio del método inductivo que va de lo único a lo general y tiene un alcance descriptivo porque busca decidir en elemento el nivel de incidencia de la violencia psicológica en el estado emocional de una adulta mayor del cantón Baba, provincia de Los Ríos. Posteriormente, las estrategias llevadas a cabo a este método de indagación pueden ser factor específico a través de punto. Las técnicas e instrumentos son:

Observación directa

Se le empleo a la adulta mayor este instrumento como primer paso dentro de este estudio de caso por lo que nos permite tener conocimiento en diferentes áreas de la paciente y así poder tomar comportamientos y actitudes, como también poder corroborar la información basada en su presentación y expresiones verbales, que se manifiestan durante la toma de información para la historia clínica.

Entrevista clínica psicológica

Esta técnica consiste en la conversación con la adulta mayor y la profesional en psicología, con el fin de identificar y determinar la esencia primordial del problema que presente la paciente, para la ejecución de la entrevista se apoyó de un cuestionario como instrumento, el cual nos permite la recolección de datos importantes.

Historia clínica psicológica

Esta técnica se aplicó para obtener datos importantes del pasado y el presente de la adulta mayor, incluye datos de identificación, el motivo de la consulta, cuadro sindrómico, cuadro psicopatológico actual, antecedentes familiares, la topología de la vivienda, datos personales, la exploración del estado mental centrado en la fenomenología, la orientación, la reminiscencia, inteligencia, atención, asombro, psicomotricidad, lenguaje, noción sensorial,

juicio de la realidad, afectividad, aplicación de batería de test, resultados de los test con la finalidad de facilitar el diagnóstico diferencial y/o estructural según el CIE10 o DSMV.

Batería de test

Para el desarrollo de este caso se emplearon dos test uno con enfoque psicométrico y el proyectivo, el cual se desarrollan a continuación:

Inventario de Depresión de Aarón Beck

Este test es de enfoque psicométrico que tiene el fin de evaluar y revelar la gravedad y estado de la depresión en la adulta mayor, para esto se utilizó y se le aplicó el inventario, el cual fue desarrollado por Aarón Beck, consta de 21 ítems que entre ellos están síntomas muy significativos de la depresión como son: Tristeza, Llanto, Sentimientos de culpa, Ideas suicidas, etc. Los síntomas antes mencionados corresponden a los criterios para el diagnóstico como lo plantea en el CIE-10 y el DSM-V, los ítems en el inventario están puntuados de 0 a 3 en escala, pero es importante expresar que el 16 y 18 se constituyen de 7 categorías, en el cual el 0 significa no identificarse y el 3 identificarse en lo absoluto. Por último, se suman todos estos resultados y se determina el nivel de ansiedad que revela la paciente, ya sea esta mínima, leve, moderada o grave.

Test de dibujo de la figura humana

Se le aplicó este test con enfoque proyectivo a la adulta mayor con el fin de que dibuje una figura humana y mediante esto conocer lo profundo de la personalidad, habilidad intelectual, la conducta y estado emocional de la paciente. Por medio de este análisis que se da por los rasgos, trazos, tamaño de sus extremidades (superiores e inferiores), la cara del dibujo; es muy importante dar a conocer que el dibujo debe ser con lápiz y con hoja blanca el cual no tenga ninguna mancha ni arrugas. Este test nos permite valorar en la paciente mientras lo dibuja, su tiempo, su comportamiento, postura, lugar donde se encuentre el dibujo, sus expresiones faciales, etc., este método proyectivo fue desarrollado por Karen Manchover ya que se puede aplicar a niños desde los 7 años hasta a adultos mayores, sin dar importancia a la instrucción escolar que posean.

RESULTADOS OBTENIDOS

Desarrollo del caso

Este estudio de caso tiene mucha importancia, puesto que su principal propósito es hacer ver el impacto de la violencia psicológica en el estado emocional de una adulta mayor, en donde se identifica sus importantes responsables, los elementos de azar y los efectos que causan el deterioro innovador de las competencias cognitivas y emocionales.

María, adulta mayor de 66 años de edad, sexo femenino agricultora de profesión, reside en el cantón Baba provincia de Los Ríos, es referida por su hijo el cuál menciona que hace 3 años el padre de la paciente falleció y que desde ese entonces se ha sentido triste, llora constantemente, tiene desinterés por realizar los quehaceres domésticos, se desconcentra de sus actividades, abatida, presenta insomnio, está aislada, ha perdido peso y apetito.

En el presente estudio del caso se realizaron 6 sesiones con María las cuales se detallan a continuación:

1. En la primera sesión se estableció el rapport que es importante para ganar la confianza de María para que se utilice los instrumentos y técnicas del desarrollo de este caso, comenzando con la entrevista utilizaremos el instrumento de la historia clínica la cual en esta primera sesión se generan los datos de información y el motivo de consulta.
2. En la segunda sesión se estableció información más profunda en dónde se obtuvo datos más importantes de su vida personal del pasado y presente así como también antecedentes familiares y laborales necesarios, nos revelo que tiene buena comunicación y confianza con su hijo mayor y que con su hijo menor recibe desatenciones, expresa “que es mejor enviarla a un asilo”, María manifiesta que esto viene a raíz del fallecimiento de su padre, la paciente dice: “El comportamiento de mi hijo menor puede ser porque mi padre fue su figura paterna ya que desde los 5 años de edad, falleció mi esposo”

3. En la tercera sesión se abordaron información básica el cual nos permite tener más conocimiento sobre su historia personal desde la infancia y su topología habitacional.
4. En esta sesión se terminó con la recopilación de los datos para la historia clínica, por medio del análisis de los datos obtenidos se procedió a aplicar el inventario de Depresión de Aaron Beck a la paciente.
5. Se aplicó el test de la figura humana el cual está orientado a la capacidad intelectual y el estado emocional de María, además manifestó al inicio que no iba a realizar un dibujo bonito ya que no sabe dibujar, se le respondió que lo intente como ella mejor le salga.
6. En esta sesión se realizó el diagnóstico a la paciente y a su hijo que ha sido el que se ha preocupado por ella.

Situaciones detectadas

En la prueba psicométrica del inventario de Depresión de Aaron Beck, tuvo como resultado que la paciente María presentó un nivel de depresión a escala de 27 en lo que corresponde a un rango de 20 a 28, que equivale a una moderada depresión. En el test de Dibujo de la figura humana, nos reveló resultado como frustración, melancolía, inseguridad, escape en sus relaciones sociales, desilusión, falta de coordinación entre sus capacidades intelectuales y sus impulsos, problemas de alimentación, aislamiento, agresión, desconfianza e indecisión. Para expresar de una mejor manera las situaciones detectadas se detalla a continuación diferentes áreas:

- **Somática:** María presenta dolores de cabeza, de articulaciones y espalda, debilidad, estreñimiento, fatiga, insomnio, pérdida de peso y mareos.
- **Cognitiva:** María presentó a diario pensamientos de culpa, dificultad para concentrarse, inferioridad, retraimiento, abandono, recuerdos de sucesos o eventos pasados, no lleva con normalidad sus tareas habituales, desesperanza para sí misma y dificultad para tomar decisiones.

- **Conductual:** La paciente nos revela que tiene inactividad o pasividad en su diario vivir, expresa conductas que son evitativa, constantemente busca aislarse de su contexto ya que con esto limita su vínculo social con otras personas.
- **Afectiva:** La paciente nos manifiesta que tiene frustración, sentimientos de tristeza, desesperanza, ansiedad, inseguridad, llanto desmedido, inutilidad, vacío, desconfianza, melancolía y soledad, todo es debido al contexto en el que está afrontando la paciente en su ambiente familiar.

María de 66 años actualmente vive sola en casa que por herencia recibió de su padre, por lo que en la adaptabilidad familiar ha tenido problemas debido a que no se relaciona con ninguno de sus dos hijos constantemente, ya que ellos trabajan y ella no desea vivir con su hijo mayor, no ha tomado una decisión de vivir con su hijo porque de parte del hijo menor recibe humillaciones y maltratos psicológicos que han provocado en la paciente no relacionarse de una manera satisfactoria con él y haya cambiado su forma de valorarse como ser humano.

El factor predisponente es el fallecimiento de su padre, ya que es hija única, además que con los maltratos psicológicos que recibe de su hijo hasta el punto de querer enviarla a un asilo ha influido mucho en su estado de ánimo. Esto ha sido desde aproximadamente 3 años. Lo que la paciente puede evolucionar en aproximadamente 6 meses aplicando un esquema psicoterapéutico acorde al diagnóstico. Mediante todo lo que se ha recopilado con estos resultados el procedimiento del diagnóstico de la paciente María cumple con todos los criterios para el diagnóstico del *Trastorno Depresivo Persistente o Distimia* F34.1.

Soluciones planteadas

Mediante el desarrollo y la obtención de todos los datos muy importantes que ayudaron a confirmar todos los criterios del diagnóstico del trastorno depresivo persistente o Distimia, se continua con la propuesta de un plan psicoterapéutico desde el enfoque cognitivo conductual, ya que es considerado como el más apropiado para reducir la sintomatología de la paciente para que así se trabaje mediante las diversas sesiones que se podrían ejecutar en la paciente.

AREAS AFECTADAS	META TERAPEUTICA	ACTIVIDAD	TÉCNICA	SESION	RESULTADOS ESPERADOS
Cognitiva Dificultad para concentrarse Inferioridad Retraimiento Abandono	Identificar el problema y buscar soluciones alternativas al mismo.	Se realizarán 4 actividades que se detallan: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientar a la paciente sobre su problema y brindarle su respectiva definición. ➤ Indagación de opciones de solución. ➤ Evaluación de las opciones elegidas. ➤ Elección de una opción y práctica de la misma. 	Resolución de problemas y toma de decisiones	2	Se espera que la paciente genere un camino para que pueda resolver o haga cambios en contextos alrededor de su problemática. En cuanto a la toma de decisiones se debe de realizar un análisis entre sus opciones alternativas para que se pueda seleccionar la más favorable en cuanto a la recuperación.
Conductual Inactividad Aislamiento Conducta Evitativa	Restaurar el nivel funcional de la	Se ejecutarían 3 actividades que se detallan a continuación: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Registrar las actividades del día y su estado anímico de María. 	Asignar las tareas reconocidas.	3	Elevar el grado de actividad, de energía y de atención en María, para que se reduzcan comportamientos evitativos además de ir instaurando la idea que sea una mujer útil ante lo que

	paciente, previo a la depresión.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaborar ordenadamente las actividades que serán dirigidas para aumentar el nivel de actividades y de satisfacción en María. ➤ Evaluación del desempeño de María en las actividades que se ejecutarían. 			se proponga para que sea capaz de lograr todo aquello que desee.
Afectiva Sentimientos de tristeza Desesperanza Inseguridad Desconfianza	Desenvolver estrategias para que la paciente logre expresar sus emociones en contextos conflictivos sin abatir en depresión.	Se utilizará 1 actividad como: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Role-playing, mediante esta actividad se espera que la paciente de su relevancia a los elementos verbales y no verbales de ella. 	Entrenamiento asertivo	2	Se espera que en María se mejore las relaciones familiares y que se disminuyan las alteraciones emocionales.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que aun en nuestro diario vivir se puede ver que la violencia psicológica no ha sido asistida, estudiada o abordada de forma intensiva y con la trascendencia que requiere por parte de la sociedad, siendo una manera de violencia que se ha dado en varios contextos familiares esto afectando en su mayoría a las personas adultas mayores.

No obstante, este estudio de caso ofrece algunas posiciones que permiten afrontar y disminuir este problema, que a través de la intervención psicológica podría referirse a que afecta y deteriora significativamente las capacidades emocionales, sociales y cognitivas de la adulta mayor.

Es obvio que la teoría utilizada en el estudio de caso está alineada con las técnicas y herramientas utilizadas. Este estudio se orientó generalmente al análisis de la incidencia de la violencia mental en el estado emocional de la adulta mayor objeto de estudio, basándose principalmente en el modelo cognitivo conductual como solución al problema. De esta manera, cumpliendo con la línea de investigación de asesoramiento psicológico y la sub línea de la violencia planteadas para la presente indagación, con el fin importante de mejorar la calidad de vida de la adulta mayor.

Los resultados obtenidos a través de la observación directa, la entrevista, los registros de la historia clínica y aplicación del inventario de depresión de Aaron Beck y el test de dibujo de la figura humano fueron contribuyentes y permitieron que se fundamente el diagnóstico y así lograr el objetivo de la investigación, se logra reforzar que además de la información utilizada en otras pruebas a la problemática, sin que su aplicación neutralice la importancia de los datos que se presentaron.

Se realizó 6 sesiones a la adulta mayor para poder brindar como propuesta psicoterapéutica varias técnicas que ayuden con el problema de Distimia en María. El diagnóstico diferencial mencionado anteriormente fue el resultado donde se recopiló datos y los hechos importantes para el análisis posterior.

En estas sesiones se hizo factible comprender el estado depresivo de la paciente, manifestando infelicidad, desesperación, tensión, vacío, frustración, inutilidad, desconfianza, inseguridad, soledad, desesperanza y llanto inmoderado, retraimiento, problema para concentrarse y ser capaz de realizar sus tareas habituales en general, tomar decisiones y no olvidar acontecimientos del pasado, pensamientos de culpa, abandono, inferioridad y poca esperanza de un futuro alentador para sí mismo. Por el estado de cosas que enfrentan en su entorno familiar. Estos registros aportados por la paciente permitieron desarrollar el esquema terapéutico para tratar la enfermedad que ha desarrollado como consecuencia de la violencia psicológica.

El esquema psicoterapéutico con enfoque cognitivo conductual, propone en este estudio de caso como una respuesta al Trastorno Depresivo Persistente o Distimia, que se reconoce a la persona que se ha tratado de acuerdo con estos resultados de las estrategias que se han podido implementar en los estándares del diagnóstico del DSM-V, tiene como objetivo el potenciar y trabajar en las habilidades y destrezas de María, ya sea éstas en el área afectiva cognitiva y conductual.

Recomendación

Se recomienda que la adulta mayor asista a todas las sesiones psicoterapéuticas establecidas en el plan para que se puedan implementar técnicas y equipos que logren emplear estrategias que le ayude a enfrentar su estado emocional, ya que tiene diversas situaciones estresantes dentro de su entorno familiar y con esto puede reducir el estado de melancolía en el cual manifiesta. También, que las técnicas adoptadas en este esquema terapéutico sean aplicadas a la adulta mayor para mejorar su estado emocional.

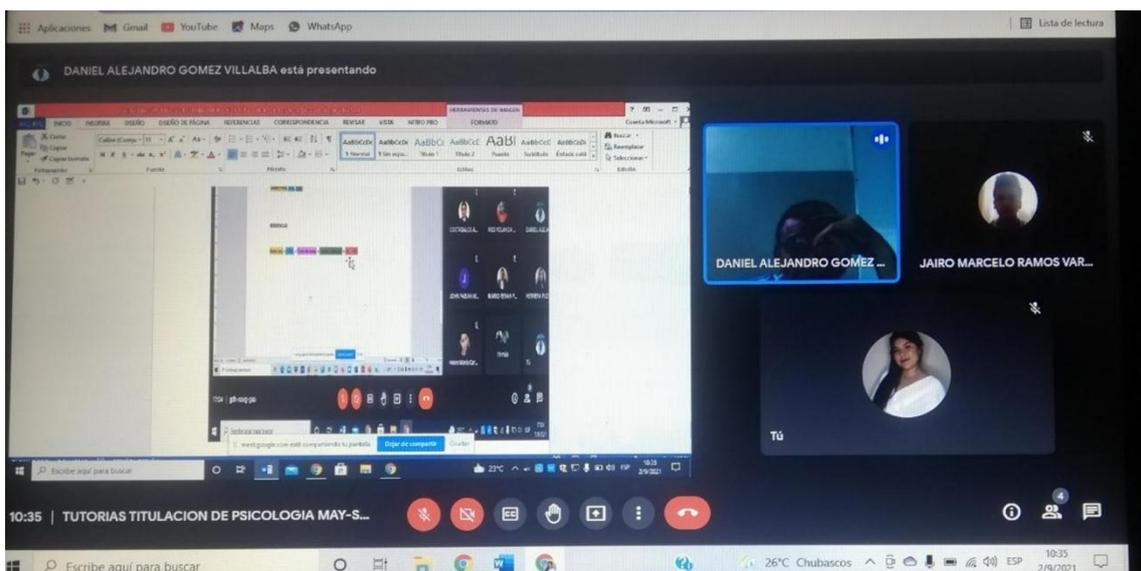
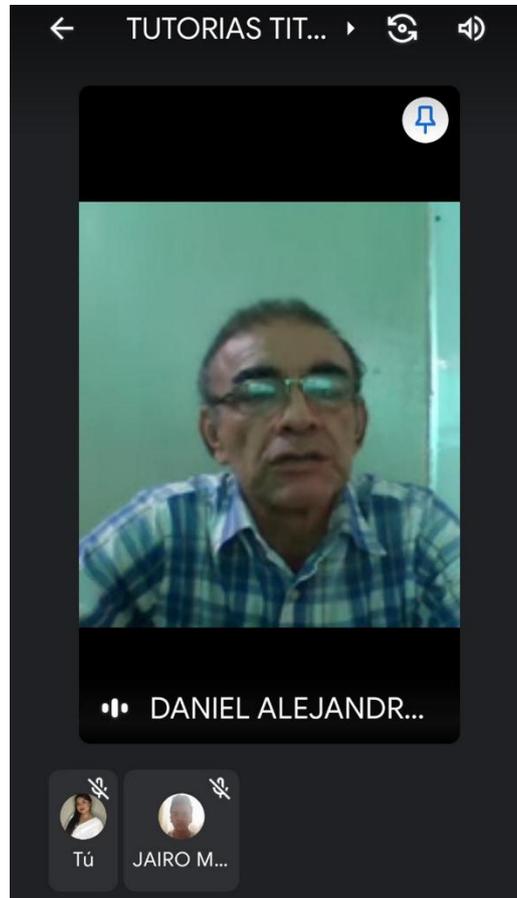
BIBLIOGRAFÍA

- Fernandez, U. (2020). Que es Violencia psicologica, tipos, causas, consecuencias y como evitarla. *Revista Psicología En Linea* , 49.
- Franco, J. (2021). Como se debería de tratar la violencia psicológica en los adultos mayores. *Revista Online DRUGS*, 8.
- Gutierrez, J. (2019). *Secuelas psicologicas en adultos mayores con maltrato*. Perú: Editorial Panamericana.
- Leman, I. (2020). Que ocasiona la violencia psicológica en los adultos mayores. *Revista Española de Salud Pública*, 19.
- León, R. (2018). Tipos de violencia contra los adultos mayores. *Revista Scielo* , 23- 35.
- Martínez, Y. (2019). *Estado Emocional*. Colombia: Editorial Alfa.
- Mesa, C. (2021). Signos y síntomas de la violencia psicológica en adultos mayores. *Revista Online DRUGS*, 6.
- OMS. (2017). *Informacion sobre la violencia y la salud*. Organizacion Mundial de la Salud, 20.
- Ortiz, E., & Vasquez, E. (2019). Las violencias invisibles en los adultos mayores. *Revista Pensamiento Civil*, 23.
- Pisco, H. (2018). *Energia Emocional y sus estados de animos*. *Revista PsicoPico*.
- Salazar, W., & Alvarado, I. (2018). Sentimientos y comportamiento de un adulto con antecedente de violencia psicologica. *Revista Scielo*, 16.
- Vértiz, J. (2019). *Violencia Psicológica*. *Revista CONAPO*, 3.

ANEXOS

ANEXO 1

TUTORÍAS CON EL AB. DANIEL GÓMEZ VILLALBA MSC.



ANEXO 2
HISTORIA CLÍNICA

<p>1. Datos de identificación</p> <ul style="list-style-type: none">○ Nombres○ Edad○ Lugar y fecha de nacimiento○ Género○ Estado civil○ Religión○ Instrucción○ Ocupación○ Dirección○ Teléfono○ Remitente
<p>2. Motivo de consulta</p>
<p>3. Historia del cuadro psicopatológico actual</p>
<p>4. Antecedentes familiares</p> <ul style="list-style-type: none">○ Antecedentes psicopatológicos familiares
<p>5. Topología habitacional</p>
<p>6. Historial personal</p> <ul style="list-style-type: none">○ Anamnesis○ Escolaridad○ Historia laboral○ Adaptación social○ Uso del tiempo libre○ Afectividad y psicosexualidad○ Hábitos○ Alimentación y sueño○ Historia médica○ Historia legal○ Proyecto de vida
<p>7. Historial personal</p> <ul style="list-style-type: none">○ Anamnesis○ Escolaridad○ Historia laboral○ Adaptación social○ Uso del tiempo libre○ Afectividad y psicosexualidad○ Hábitos○ Alimentación y sueño○ Historia médica○ Historia legal

<ul style="list-style-type: none"> ○ Proyecto de vida
<p>8. Exploración del estado mental</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fenomenología ○ Orientación ○ Atención ○ Memoria ○ Inteligencia ○ Pensamiento ○ Lenguaje ○ Psicomotricidad ○ Senso-percepción ○ Afectividad ○ Juicio de realidad ○ Conciencia de enfermedad ○ Hechos psico-traumáticos e ideas suicidas
<p>9. Pruebas psicológicas aplicadas</p>
<p>10. Cuadro psicopatológico</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cognitivo ○ Afectivo ○ Pensamiento ○ Conducta social – escolar ○ Somática ○ Factores predisponentes ○ Evento precipitante ○ Tiempo de evolución
<p>11. Diagnostico estructural</p>
<p>12. Pronostico</p>
<p>13. Recomendaciones</p>
<p>14. Esquema Terapéutico</p>

ANEXO 3

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

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 del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 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 gusta 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 4

TEST DE LA FIGURA HUMANA

