



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DOCUMENTO PROBATORIO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

TEMA:

**ABANDONO FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS EN EL ESTADO
EMOCIONAL DE UN ADULTO MAYOR DE 68 AÑOS DE EDAD DE LA
CIUDAD DE QUEVEDO**

AUTOR:

DANIELA DENISSE VALDIVIEZO TERAN

TUTOR:

MSC. PATRICIA DEL PILAR SANCHEZ CABEZAS

2022

RESUMEN

El abandono al adulto mayor es una problemática común en el Ecuador; desde el aspecto cultural en la actualidad la perspectiva que se tiene sobre el adulto mayor es la de ser una carga económica para la familia, a continuación se podrá observar el proceso de la intervención psicológica en un caso de abandono familiar y las consecuencias que este tiene en el estado emocional de un adulto mayor, en el cual se trabajó el sistema de creencias centrales basado en la teoría cognitiva conductual, también se observan resultados de baterías psicométricas encargadas de medir el deterioro de los procesos cognitivos del adulto mayor, y otros encargados de verificar la existencia de síntomas clínicos de trastornos neurótico, como síntomas depresivos y ansiosos, y su severidad.

Palabras clave: abandono, familia, emocional, cognición, adulto mayor.

ABSTRAC

The abandonment of the elderly is a common problem in Ecuador; From the cultural aspect, currently the perspective of the elderly is that of being an economic burden for the family, then the process of psychological intervention in a case of family abandonment and the consequences that this has can be observed. in the emotional state of an older adult, in which the system of central beliefs based on cognitive behavioral theory was worked on, results of psychometric batteries in charge of measuring the deterioration of the cognitive processes of the older adult, and others in charge of verify the existence of clinical symptoms of neurotic disorders, such as depressive and anxious symptoms, and their severity.

Keywords: abandonment, family, emotional, cognition, older adult.

ÍNDICE

RESUMEN -----	II
ABSTRAC -----	III
Keywords:-----	III
ÍNDICE-----	IV
INTRODUCCIÓN -----	1
DESARROLLO -----	2
Justificación-----	2
Objetivo. -----	2
Sustento teórico -----	3
Familia-----	3
Abandono familiar -----	3
Tipos de abandono familiar -----	4
Abandono total -----	4
Abandono parcial -----	5
Abandono Económico-----	5
Abandono social -----	5
Abandono físico-----	5
Estado emocional -----	5
Conciencia emocional-----	6
Regulación emocional-----	6
Consecuencias emocionales del abandono familiar en los adultos mayores -----	6
Trastornos depresivos -----	7
F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual graven con síntomas psicóticos. -----	8
Técnicas aplicadas para la recolección de información -----	10
Entrevistas estructuradas-----	10
Historia clínica psicológica-----	11

Test Pfeiffer-----	11
Test de depresión de Beck-----	11
Test de ansiedad de Beck-----	11
Rehabilitación Cognitiva-----	12
Resultados obtenidos-----	13
CONCLUSION-----	¡Error! Marcador no definido.
Bibliografía-----	21
ANEXOS-----	23

INTRODUCCIÓN

Cuando un familiar no desea asumir el cuidado de un adulto mayor opta por abandonarlos sea de una manera cruel, enviándolos a un centro gerontológico o sencillamente descuidándolos en sus propias casas rompiendo cualquier comunicación o lasos afectivos con el adulto mayor. Este estudio se basa en la línea de investigación de prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico y a la sub línea de investigación psicoterapias individuales y/o grupales, planteados por la carrera de psicología clínica, de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Por tal motivo, esta investigación es de gran importancia debido a que se estudiará el abandono familiar y sus consecuencias en el estado emocional de un adulto mayor de 68 años de edad de la ciudad de Quevedo.

De acuerdo con lo que menciona Fuentes & Flores (como se citó en Zamora López 2021) se define a al abandono familiar como al acto de apartar a un miembro del sistemas familiar, dejandolo en vulnerabilidad en su condicion humana, quedando solos en contextos sociales considerados como riesgosos.

Según Goleman (como se citó en Pérez Gómez 2016) el estado emocional, es un estado que todo ser humano experimenta en relacion subjetiva al ambiente de aprendizaje acompañado de cambios fisiologicos o organicos, es innato, y provocados por la experiencia, es decir surgen como una respuesta natrual ante las necesidades de supervivencia y reproduccion.

Por ello el presente estudio tiene como problema de investigacion ¿De que manera el abandono familiar afecta en el estado emocional de un adulto mayor de 68 años de la ciudad de Quevedo?. Para resolver esta problemática se utilizará la metodologia cualitativa, con los métodos estudio de caso, test psicométricos, descriptivo, bibliográfico, iductivo, deductivo; tambien se utilizarán tecnicas como la entrevista clinica, test psicologicos, con los instrumentos historia clinica y los test; Test de pfeiffer, Test Moca, Test de depresión de Beck, Test de ansiedad de Beck; una vez cumpliendo con las exigencias metodológicas del estudio para obtener los resultados luego se aplicará el esquema terapeutico que contribuirá a la mejora del estado emocional del adulto mayor.

El estudio de caso consiste en en una primera fase de investigación tema, resumen, justificacion, objetivo, seguido de una segunda fase que consiste en el desarrollo de las dos variables como es el abandono familiar y el estado emocional de un adulto mayor, la fase del estudio de la problemática, tecnicas aplicadas, los resultados obtenidos, esquema terapeutico, conclusiones, bibliografias y anexos.

DESARROLLO

Justificación

Según estudios realizados una de las enfermedades más comunes en un adulto mayor es la ansiedad, depresión, el temor a la soledad por tanto este proyecto de investigación pretende investigar el abandono familiar y sus consecuencias en el estado emocional en un adulto mayor con el fin de establecer las consecuencias emocionales a causa del abandono familiar.

Por ello es importante recalcar que los adultos mayores son personas con derecho a la salud, a la vida, a ser cuidados por sus familiares y respetados por la sociedad, en tal sentido este proyecto trata de dar respuesta de cuál es el estado emocional de un adulto mayor a consecuencia del abandono familiar. Por lo tanto, las exigencias de esta investigación se deben a que se utilizará la metodología cualitativa seguido por métodos estudio de caso, test psicométricos, descriptivo, bibliográfico, inductivo, deductivo; también se utilizarán técnicas como la entrevista clínica, test psicológicos, con los instrumentos historia clínica y los test psicométricos.

Cabe recalcar que el principal beneficiario de la realización del estudio de caso fue el paciente que con predisposición y buena voluntad accedió a formar parte del proceso, como beneficiarios indirectos se encabeza la lista la autora del trabajo, debido a que la intervención formara parte de la experticia profesional, seguido de toda la comunidad científica que tiene como objeto de estudio la población geriátrica. Y es factible porque se contó con todos los recursos tecnológicos, bibliográficos, y la facilidad del centro gerontológico de la ciudad de Quevedo.

Objetivo.

Establecer las consecuencias emocionales a causa del abandono familiar en un adulto mayor de 68 años de edad de la ciudad de Quevedo.

Sustento teórico

Familia

La familia se considera una institución que brinda a cada uno de sus miembros seguridad, confort, desde el punto de vista pro salud, la familia es un factor de protección indispensable para cada persona, debido al acompañamiento y afecto que brindan los integrantes.

Desde esta perspectiva, las convenciones internacionales refieren hoy en día lo que se ha dado a llamar derecho a la vida familiar. Así, se resalta que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y que, por ello, toda persona tiene derecho a fundar una y todo niño a «crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión» para el «pleno y armonioso desarrollo de su personalidad». (Plácido, 2013, p.78)

En concordancia con lo que menciona Plácido es vital para una persona crecer en un hogar provisto afecto y calor parental, el acto de reproducción del ser humano visto desde otra perspectiva es un acto de supervivencia que se da para preservar su existencia en el mundo, la institución de la familia se vuelve una garantía para que esa preservación sea exitosa. Según Gutiérrez et al. (2016):

En la actualidad, desde diferentes áreas del conocimiento científico como la sociología, la economía, la pedagogía, la psicología, la historia, la antropología, la ecología y la medicina, entre otras, se puede constatar que la institución familiar ha cambiado su estructura y su conformación, pues interactúa y está sujeta a los cambios y fenómenos sociales, además de que va más allá de los miembros que la conforman. (p. 219)

Al igual que el ser humano que es adaptativo y sociable la familia cuenta con esas características, se podría decir que es propia de ella debido a que es innata de quienes la instituyen, la finalidad de que la familia vaya al mismo ritmo de cultura o época, es para que la adecuación en la sociedad sea más fácil para cada uno de sus miembros, ya que la familia al igual que es la primera escuela, también es el primer lugar de entrenamiento de ensayo y error para la convivencia.

Abandono familiar

El abandono desde la epistemología de la palabra se da como el acto de dejar a un lado sola, sin protección, atención o cuidado, a una persona, animal o cosa, en referencia a la familia como se había comentado anteriormente la familia cumple con un rol importante de protección a lo largo de la vida del ser humano, cuando este se ve desprovisto de esta

protección, esta se vuelve un factor de riesgo de alto impacto que si bien no provoca directamente un provocar un trastorno, si contribuyen al mantenimiento del mismo. Según Bruna et al. (2014):

Desde el punto de vista del adulto mayor este tampoco se prepara para esta etapa de la vida con todos sus cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos, emocionales, económicos, sociales que tienen al ir avanzando en la edad, por ejemplo, la jubilación que lo deja solo y no crea ni ha creado redes de apoyo para esta nueva etapa de su vida. Otro caso digno de destacar es el hecho que muchas mujeres piensan que una vez llegada a su etapa posmenopáusica cree que todo termina allí. (p. 9)

Aunque existen casos que la preparación a la llegada de esta edad es fundamental para experimentar una vejez tranquila y saludable, es una realidad que una situación traumática como la de ser abandonado por la familia, genera un severo impacto al sistema de creencia que el adulto mayor formulo con respecto a esta etapa de su vida.

La familia tampoco está dispuesta a aceptar pérdidas, gastos ocasionados por el adulto mayor y esto mirado desde el punto de vista productivo para el interés de la sociedad. Otra característica muy particular de la familia es el no tener un espacio físico, psicológico, emocional para el adulto mayor. (Bruna et al., 2014, p.9).

Según Bautista Valdivia (2016) manifiesta que “la noción de que las familias apoyan a sus miembros en edad avanzada es cada vez menos confiable frente a un contexto de sacrificio económico y debilidad gubernamental” (p. 231). Se evidencia escasas de cultura ante el cuidado del adulto mayor y la importancia que este contribuye a la sociedad.

Tipos de abandono familiar

Cuando se conceptualiza abandono familiar se tiene en cuenta dos contextos estigmatizados como preocupantes; el primero el abandono a los infantes, y el segundo abandono al adulto mayor, centralizando la problemática en el adulto mayor el abandono familiar se divide en tipos de abandono según el contexto del acto.

Abandono total

Según Chaguay Vergara & Molina Reyes (2016) “Abandono total, consiste en el descuido total, las necesidades básicas están totalmente descubiertas, sin embargo, estos adultos mayores sobreviven de la caridad de la sociedad” (p. 33). Es decir, se considera como abandono total a la separación en todos los aspectos (social, económico, afectivo) del familiar adulto mayor.

Abandono parcial

Se le considera así al acto de la familia de internar al adulto mayor aun asilo o centro geriátrico, en el cual la familia no visita continuamente al adulto mayor provocando cambios emocionales en el adulto que varía entre pasar la mayor parte del tiempo triste hasta que llega la visita en la que se genera gran felicidad para él.

Abandono Económico

Debido a que el adulto mayor muchas veces deja de generar ingresos en la familia, esta suele negarle servicios básicos, alimentación o vivienda, otro aspecto al cual también se dé denomina abandono económico es al acto de la familia de cobrar pensión o jubilación del adulto mayor y esta se la niega.

Abandono social

Para este tipo de abandono más que el acto como sociedad de no contribuir con los adultos mayores desde situaciones comunes como; regalar alimento en las calles o actos de mayor escala como programas de prevención, se toma en consideración de la perspectiva que tiene la sociedad que tiene hacia el adulto mayor, pensar que por su edad son inútiles y no aportan nada a la sociedad.

Abandono físico

Se le denomina así a la conducta que tiene la familia de percibir al adulto mayor como una responsabilidad económica (pagar gastos de servicios, asilo, etc....) y no como un ser humano parte del sistema familiar, que también tiene necesidades emocionales, un ejemplo claro es internar al adulto mayor en un asilo y nunca irlo a visitar.

Estado emocional

Briñol et al. (Como se citó en Polo-Vargas et al., 2016) “Se puede afirmar que los estados emocionales afectan la dirección del pensamiento cuando somos capaces de reconocer altos estados de ánimo en otros individuos, facilitándose el cambio de actitud en estas mismas personas” (p. 74). De ahí surge el termino actuar por impulso, en la vejez es común experimentar un desequilibrio en el estado emocional en consecuencia de cambios fisiológicos como dificultad para mantener la atención, enlentecimiento motor, vulnerabilidad ante enfermedades fisiológicas, y cambios ambientales; exclusión familiar, perdida frecuente de amistades o conocidos, abandono familiar.

Uno de los aspectos que las personas en especiales los adultos mayores es el desarrollo de la inteligencia emocional, a lo que refiere tener conocimiento de las emociones, la capacidad de gestionarla de acuerdo al momento, regularlas y expresarlas, evitando que las emociones se vuelvan arrolladoras y generen inestabilidad en el estado emocional.

Conciencia emocional

Se denomina conciencia emocional a la acción de no solo conocer la existencia de las emociones, sino conocer las propias emociones que comúnmente se experimentan y las emociones que expresan los demás, entender su causa, como se debe expresar, con que intensidad, y el momento adecuado para hacerlo.

Regulación emocional

Se le define a la capacidad gestionar y expresar las emociones de manera asertiva, la emoción adecuada dentro del contexto del suceso que la provoca, es decir que si una persona es golpeada no sería adecuado sentir alegría, sería adecuado sentir miedo o sorpresa, en términos conductuales no sería adecuado dejarse golpear porque el miedo lo inmovilizo, si no defenderse motivado por el miedo a perder la vida.

Consecuencias emocionales del abandono familiar en los adultos mayores

A lo largo de la vida cada que el ser humano ingresa a una nueva etapa de su vida, aparece cierta complejidad, como la transición de niño a adolescente donde las relaciones interpersonales salen tener más prioridad que el aspecto académico o recreativo, o la del adulto mayor que comienza a notar que le cuesta realizar actividades que antes no les suponía ningún problema, el adulto mayor se vuelve vulnerable a que su estado emocional sea inestable, lo cual abre apertura a trastornos del estado de ánimo. Según el autor Gómez Cabrera et al. (2013):

A través de estas etapas, la vejez se entiende como un período de declive en las funciones y estructuras del organismo vivo. Sin embargo, aun cuando lo fisiológico condiciona el modo como una persona interacciona con la sociedad, hay aspectos de la vejez que están supeditados a otros factores. (p.91)

La etapa de la vejez es un periodo a un más conflictivo para la adaptación para el ser humano, debido a que es una etapa donde se observa un deterioro funcional, y la necesidad de ayuda o acompañamiento, por este motivo la persona manifestara cambios emocionales, predisponentes a volverse trastornos.

Según Olazarán et al. (2012) “Durante la vida, el ser humano va forjando su personalidad y va adquiriendo recursos para afrontar los retos y las adversidades (identificación y resolución de problemas, red social, humor, creencias, etc.)” (p. 599).

Las principales patologías que suelen presentarse desde el aspecto emocional de manera común son los trastornos por estrés post traumático, ansiedad y la que encabeza el listado, depresión, ese acercamiento a la recta final de la vida repercute en la percepción con

respecto al futuro que tiene el paciente viéndose vulnerado las ganas de vivir, la esperanza, y la facilidad.

Trastornos depresivos

La depresión como tal es un conjunto de síntomas que comprende desde tristeza, bajo estado de ánimo hasta pérdida de interés por el placer, pero no necesariamente es un trastorno, según Association American Psychiatry, 2014 propone en el DSM5 que para que la depresión se vea como trastorno debe existir una desregulación disruptiva en el estado de ánimo, los trastornos depresivos en el manual comprenden; trastorno depresivo mayor, distimia (trastorno depresivo persistente), trastorno disforico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.

Por lo consiguiente la línea delgada que separa la depresión de ser patológica son los criterios diagnósticos propuestos por el manual los cuales hacen referencia a la duración de los síntomas, el número de síntomas, la intensidad y la frecuencia de su aparición en la persona. Con respecto al trastorno depresivo mayor según Association American Psychiatry (2014) menciona que:

Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios dura bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio aunque la mayoría de las veces suele ser recurrente. (p. 155)

Tabla 1.

Criterios diagnósticos del Trastorno depresivo mayor DSM-5

Criterios	Descripción según DSM-5
	Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presente durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer:
A	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día 2. Disminución importante del interés o placer 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o a su vez aumento importante de peso 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días

	5. Agitación o retraso psicomotor
	6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
	7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada
	8. Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar
	9. Pensamientos de muerte recurrentes
B	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social o laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
C	El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica
D	El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otros trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia.
E	Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco

Nota: La elaboración de la tabla se realiza en referencia a los criterios diagnósticos del DSM-5

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual graven con síntomas psicóticos.

Para un correcto abordaje terapéutico es necesario establecer el diagnóstico de la manera más específica posible para ello se toma en referencia los criterios diagnósticos del CIE10. Donde codifica el trastorno depresivo mayor a un estado específico de la situación del paciente.

Tabla 2.

Criterios diagnósticos CIE10 para el F33.3

TRASTORNO	Criterios	Descripción CIE10
F33.3		Se deben cumplir los criterios generales de trastorno depresivo recurrente F33
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EPISODIO ACTUAL GRAVE CON	A	<ul style="list-style-type: none"> Habido al menos un episodio depresivo previo leve, moderado o grave con una duración al menos de dos semanas y separa del episodio actual, al menos dos meses libres de cualquier alteración significativo del estado de ánimo.

SINTOMAS
PSICÓTICOS

- En ningún momento del pasado ha habido un episodio que cumpliera los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco
- Criterio de exclusión usado con frecuencia, el episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico

El episodio actual cumple con los criterios de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos F32.3

B

1. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo F32
2. Deben cumplirse los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, a excepción del criterio D.
3. No se cumplen los criterios de esquizofrenia, ni de trastornos esquizoafectivos
4. Presencia de cualquiera de los siguientes:
 - Ideas delirantes o alucinaciones
 - Estupor depresivo

Especificar con un código carácter si:

NOTA

1. F33.30 con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.
2. F33.31 con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

Nota: Elaborado tomando en referencia los criterios diagnósticos del cie10

Los trastornos depresivos mayor se definen del trastorno depresivo persistente en la aparición del trastorno ya que en la distimia el paciente presenta sintomatología depresiva la mayor parte del día durante varios días a la semana por tiempos prolongados, aunque usualmente no se considera que los síntomas sean tan aversivos para las personas, si se considera un riesgo alto para aparición de conductas suicidas.

En contraste los episodios depresivos los cuadros sintomatológicos que aparece durante breves periodos de tiempo, usualmente desencadenados por un factor predisponente que no duran tanto tiempo, desaparece y luego vuelve aparecer, es decir lo que caracteriza a este trastorno es su itinerancia, tener en cuenta que los episodios pueden ser únicos pero si

se repiten adoptan el nombre de episodios de recurrente, la gravedad de los episodios suele variar en su recurrencia pero no es común que un episodio grave desaparezca y cuando reaparezca el episodio sea leve. Existe un alto índice de prevalencia de trastornos depresivos en la adultez. Según Sotelo et al. (2012):

La depresión se considera un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad así como la calidad de vida de los ancianos que la padecen, para el médico familiar el diagnóstico, tratamiento y en especial la prevención de la depresión nos parece que es de capital importancia en este trabajo se presentan elementos esenciales para el manejo de esta enfermedad a través de una revisión bibliográfica dirigida a las necesidades que se presentan en el primer nivel de atención. (p. 6)

Debido a que en esta etapa de la vida se presentan factores o acontecimientos que generan gran impacto en el estado de ánimo del adulto mayor los cuales son: Mudanza en el hogar (pasar a vivir a un asilo), dolores o malestar del cuerpo, partida de hijos del hogar, amistades o familia que fallecen, pérdida de autonomía propia (necesitan que los cuiden). Tener en cuenta que:

Frecuentemente el médico familiar considera como causa de depresión las quejas de la vida rutinaria, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros por lo cual se considera justificado no prescribir tratamiento alguno, cuando realmente esta incapacidad puede estar condicionada por la misma depresión. (Sotelo et al., 2012, p.6)

Existe una prevalencia del trastorno tomando en consideración la muestra de estados unidos planteada en el dsm5 que el trastorno es más frecuente en edades comprendidas entre 18 y 29 años que en personas de 60 años o mayor, es más frecuente en el género femenino con una frecuencia de la aparición del trastorno durante la adolescencia.

Técnicas aplicadas para la recolección de información

Para la recolección de datos que brinda la práctica profesional con el paciente se escogió minuciosamente las siguiente técnicas y pruebas psicométricas tomando en consideración a las características cualitativas del paciente; adulto mayor, bajo estado de ánimo y alteraciones en los procesos cognitivos.

Entrevistas estructuradas

Hace referencia a realizar la sesión psicológica siguiendo un lineamiento de ítems pre establecidos para obtener datos puntuales sobre el paciente, se tomó como referencia la

historia clínica psicológica y el test Pfeiffer, así como también se puso en práctica técnicas de entrevista psicológica como observación clínica.

Historia clínica psicológica

Documento utilizado para registrar de forma sistemática la información del paciente más relevante como lo es el motivo de consulta, la historia personal o también conocida como anamnesis, historia de cuadro psicopatológico y diagnósticos.

Test Pfeiffer

El cuestionario consta de 10 ítems utilizado para la evaluación de memoria a corto y largo plazo, información sobre los hechos de la vida diaria, la capacidad de cálculo y la orientación, se recomienda la aplicación en adultos mayores, pero también se puede aplicar a una población más joven, el test fue utilizado para evaluar el estado de la memoria y orientación del paciente.

Test de Evaluación cognitiva Montreal (MOCA)

Es un screening breve de 30 ítems, la duración de aplicación de la prueba varía entre 10 a 12 minutos, tiene como finalidad evaluar las disfunciones cognitivas leves, como orientación, memoria a corto plazo y recuperación retardada, función ejecutiva, habilidad video espacial, habilidades de lenguaje, abstracción, denominación de animales y atención, la prueba se tomó con la finalidad de evaluar los procesos cognitivos de orientación, memoria, sensopercepción, juicio, atención del paciente, para obtener datos de su estado mental.

Test de depresión de Beck

Prueba que consta de 21 ítems para la evaluación de la severidad de depresión en adultos y adolescentes, mediante la evaluación síntomas que corresponden a los criterios diagnósticos del DSM5, la prueba es aplicable de manera individual y colectiva a partir de los 13 años en adelante, la finalidad de aplicar la prueba era constatar los síntomas que presentaba el paciente las últimas dos semanas y así como verificar su severidad.

Test de ansiedad de Beck

Creado por Aaron T. Beck en la década de los 80, cuestionario de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad por medios de los síntomas presente en el paciente en la última semana, la prueba es aplicable tanto en adultos como adolescentes de manera individual y colectiva, la prueba goza con una gran versatilidad de lectura, ya que con un nivel básico de lectura la prueba es comprensible, se aplica la prueba con la finalidad de encontrar síntomas de un cuadro ansioso en el paciente que no haya mencionado en las entrevistas.

Rehabilitación Cognitiva

Conjunto de ejercicios didácticos que cumplen con la función de reducir la velocidad de deterioro cognitivo, en pacientes adultos mayores o parecientes de algún trastorno psicótico como esquizofrenia o demencia, entre otros, para la aplicación en el paciente se utilizó materiales como Tablet, hojas en blanco A4, lápiz, lápices de colores, reloj, borrador, tablero, las actividades a realizar; cálculos matemáticos, retratos de trazos y figuras

Resultados obtenidos

Sesiones

A continuación, se detallarán los procedimientos que se realizaron en cada una de las sesiones, para la obtención de la información necesaria para establecer un diagnóstico se hizo uso de 3 sesiones para evaluación y diagnóstico, una vez establecido el diagnóstico se procedió a elaborar un esquema terapéutico en el cual en las siguientes 4 sesiones se comenzó a aplicar.

Primera sesión (20/12/2021 – 10:00 – 10:45 am)

Inicio de la sesión 10 am, se procede a establecer una conversación amena para establecer las bases de un rapport en futuras intervenciones, se le socializa como se llevara a cabo el proceso psicológico, una vez que se ha aclarado la información se procede a socializar el acuerdo de confidencialidad, una vez aceptado por el paciente, inicia la entrevista estructurado donde se obtuvo en esta sesión la siguiente información; motivo de consulta, historia de cuadro psicopatológico actual, historia familiar, en cumplimiento del tiempo de intervención recomendando de 45min, se dio por finalizada la sesión.

Segunda sesión (27/12/2021 – 10:00 – 10:45 am)

Inicio de la sesión 10 am, se inicia la sesión solicitando al paciente un feedback de lo que se habló la sesión pasada, luego se le realizó una retroalimentación de lo que el comentó en la sesión anterior y en la actual sesión, en esta sesión se aplica el test de Pfeiffer, y el test de depresión de Beck, a continuación se realiza una socialización breve de los síntomas puntuando del test de depresión de Beck, cumpliendo los 45min de sesión se da por cerrada la sesión del día.

Tercera sesión (03/01/2022 – 10:00 – 10:45 am)

Inicio de la sesión 10 am, se inicia la sesión solicitando al paciente un feedback de lo que se habló la sesión pasada, luego se le realizó una retroalimentación de lo que el comentó en la sesión anterior y en la actual sesión, se procede a aplicar en esta sesión el test MOCA y el test de ansiedad, se obtienen durante esta sesión información sobre su historia laboral y penal

Cuarta sesión (10/01/2022 – 10:00 – 10:45 am)

Inicio de la sesión 10 am, se inicia en esta sesión el proceso terapéutico, se le socializa al paciente los hallazgos obtenidos, el diagnóstico, y la intervención psicoterapéutica, se le procede a realizar psicoeducación con respecto al diagnóstico y a la teoría cognitiva conductual, también se toma en consideración la teoría evolutiva del ser humano y los

deterioros comunes que se presentan en la vejez, también se inicia con técnica de rehabilitación cognitiva.

Quinta sesión (17/01/2022 – 10:00 – 10:45 am)

Inicio de la sesión 10 am, se inicia la sesión solicitando al paciente un feedback de lo que se habló la sesión pasada, luego se le realiza una retroalimentación de lo que el comento en la sesión anterior y en la actual sesión, se inicia la elaboración de un registro de actividades, tomando como referencia la técnica de reestructuración cognitiva, se inicia debate socrático en respuesta a las distorsiones cognitivas que tiene el paciente con respecto a realizar las actividades

Sexta sesión (24/01/2022 – 10:00 – 10:45 am)

Inicio de la sesión 10 am, se inicia la sesión solicitando al paciente un feedback de lo que se habló la sesión pasada, luego se le realiza una retroalimentación de lo que el comento en la sesión anterior y en la actual sesión, se comenta los puntos a trabajar en el día y se le pregunta al paciente si está de acuerdo o desea añadir otra actividad al itinerario, paciente manifiesta que quisiera volver a trabajar con ejercicios de rehabilitación cognitiva, durante esta sesión si trabaja técnica de dominio y agrado para finalizar se discute sobre la veracidad de un pensamiento automático frecuente que tiene el paciente

Séptima sesión (31/01/2022 – 10:00 – 10:45 am)

Durante esta última sesión se refuerza las técnicas anteriores, así como también se le pide la perspectiva del paciente con respecto a todo el proceso terapéutico, se debate sobre las inquietudes y temores que tiene el paciente con respecto a la continuidad de su tratamiento y se cierra la sesión realizando una retroalimentación de todos los puntos importantes de cada sesión.

Situaciones detectadas

Primera sesión (20/12/2021 – 10:00 – 10:45 am)

Durante la primera sesión se obtienen los siguiente hallazgos, paciente adulto mayor de 68 años de edad, sexo masculino acude a consulta por derivación medica del centro geriátrico de donde es usuario, paciente manifiesta con tono de voz bajo y aptitud desanimada “vengo a consulta por que el doctor me dice que me ve triste” al culminar la oración sonrío de manera breve, el paciente manifiesta que últimamente tiene recuerdos de situaciones del pasado que le gustaría cambiar, se siente desanimado, se siente solo, pero también manifiesta que evita tener contacto con otros usuarios o personal del asilo.

El cuadro de síntomas manifestado tiene una prolongación de dos semanas, pero se observan antecedente de cuadros depresivos de alrededor 6 años atrás, el evento precipitante que causa la patología es el abandono familiar que percibe el paciente, como factores predisponentes que mantienen la patología son los recuerdos involuntarios del pasado, emociones de culpabilidad y arrepentimiento, y observar a otros usuarios que tienen contacto con sus familiares.

Paciente perteneció durante la mayor parte de su vida a la estructura familiar extendida conformada por su madre y seis hermanos, la madre falleció hace 10 años atrás, y no mantiene contacto con sus hermanos, paciente es padre de 11 hijos, y tampoco sostiene contacto con ellos, menciona que con todos mantenía una relación conflictiva.

Con respecto a la historia escolar del paciente se observan resultados de secundaria inconclusa, conflictos en el colegio, conductas antisociales desafiantes a la autoridad, en la historia social se observa vida sexual promiscua en la adolescencia, dependencia de alcohol.

En la historia laboral, paciente manifiesta haber trabajado como agricultor la mayor parte de su vida, se observa en la historia penal tener antecedentes por manutención y violencia doméstica.

Segunda Sesión 27/12/2021 – 10:00 – 10:45 am)

En esta sesión se procedió a la aplicación del test Pfeiffer refleja un resultado de 4 puntos que se interpreta como un deterioro leve, denota dificultad en recordar la fecha en que nació, así como también refleja dificultad para realizar cálculos matemáticos sencillos.

En los resultados del test de depresión de Beck se obtiene un puntaje de 38 el cual se interpreta que las últimas dos semanas el grado de severidad de los síntomas señalados es graves, cabe mencionar que no se puntuó síntomas con respecto a ideación suicida.

Tercera sesión (03/01/2022 – 10:00 – 10:45 am)

En esta sesión se establece el siguiente estado mental del paciente; orientación en tiempo espacio y persona, alteración en la memoria de corto plazo dificultad en la retentiva, no presenta alteración en la expresión del lenguaje, presenta pensamiento restringido en la forma, presenta dificultad en establecer atención sostenida, presenta alteración en la sensopercepción (alucinaciones auditivas), presenta enlentecimiento motor, con respecto al estado emocional se observa hipotímico, juicio conservado, no presenta conciencia de la enfermedad, no menciona hechos psico traumáticos.

Con respecto a las alucinaciones auditivas el paciente menciona que por las noches suele escuchar una voz de una mujer riéndose, en cuanto a los delirios el menciona con gran convicción todos los días que al día siguiente vendrá uno de sus hijos a retirarlos de asilo, y que una hija se lo llevará a Nueva York. El paciente obtuvo como resultado 23 puntos en el test de Moca lo cual indica que posee ciertos deterioros cognitivos. Y en el test de ansiedad de Beck obtuvo un resultado de 6 puntos marcando ansiedad leve

En base la información obtenida se elaboró el siguiente cuadro sindrómico, con el cual se estableció el diagnóstico al paciente de 68 años codificándolo como F33.31 trastorno depresivo recurrente episodio actual grave con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

Tabla 3.*Cuadro de síntomas*

FUNCION	SINTOMAS	SINDROME
Cognitiva	Dificultad en la concentración, alteración en la memoria retentiva, alucinaciones auditivas, alteración en la sensopercepción, delirios, distorsiones cognitivas de filtraje, inferencia arbitraria, falacia de recompensa divina	F33.31 Trastorno depresivo recurrente episodio actual grave con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de animo
Emocional	Hipotimia, sentimientos de culpa,	

	astenia, tristeza profunda, labilidad emocional
Conductual	Hipocinesia, abulia, temblor en las manos, evitación al contacto
Somática	Dificultad para conciliar el sueño, alteración en el apetito.

Nota: elaborado tomando referencia todos los datos recolectados durante la entrevista psicológica.

En las sesiones subsecuentes al caso no se encontró información relevante para el diagnóstico que sea necesario plantear, más que el paciente mostro actitud colaborativa y predisposición a la adherencia al tratamiento psicoterapéutico en el cual, se observaba motivación después de haber observado los cambios en su ambiente social que estaba teniendo.

En cuanto la practica psicoterapéutica durante el proceso de reestructuración cognitiva, en la actividad de registro de actividades, se observa al paciente con distorsiones cognitivas de filtraje (paciente manifiesta que la comida es desagradable, su cuarto es pequeño, los compañeros son ridículos), inferencia arbitraria (menciona el personal de aseo hablan mal de él) y falacia de recompensa divina los cuales se explican con los delirios previamente mencionados.

Soluciones planteadas

Tomando en consideración los hallazgos resultantes en la evaluación se realizó el siguiente esquema terapéutico objetivando la mejoría del paciente y la adherencia al tratamiento para su sostenibilidad.

Tabla 4.

Esquema psicoterapéutico para adulto mayor

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Incertidumbre ante el proceso terapéutico	Generar confianza y adherencia al tratamiento psicoterapéutico	Psicoeducación	1	03/02/2022	Se observa empatía y seguridad en el paciente al momento de las psicoterapias.

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Numero de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Deterioro cognitivo en la memoria y atención	Reducir la velocidad del deterioro cognitivo a causa de la edad	Ejercicios de rehabilitación cognitiva	3	07/02/2022 09/02/2022 11/02/2022	Se observa mayor rapidez en realizar los ejercicios con respecto a intentos anteriores
Sentimientos de culpa	Evaluar la veracidad de las distorsiones	Debate socrático Rueda de mociones	2	14/02/2022 18/02/2022	Se observa que el paciente cuestiona e identifica las distorsiones cognitivas y las emociones adecuadas para la situación
Perdida de interés o placer en realizar actividades	Generar confort a la hora de realizar sus actividades	Dominio y agrado	2	21/02/2022 25/02/2022	A medida que pasa el tiempo se observa reducción en la disconformidad a la hora de realizar las actividades
Creencias centrales	Modificar las creencias centrales que generan distorsiones cognitivas	Registro de actividades (reestructuración cognitiva)	2	02/03/2022 09/03/2022	Se observa que el paciente evita hacer inferencias y realiza un dialogo interno debatiendo las creencias

Nota: Esquema terapéutico elaborado en base a la necesidad del paciente

CONCLUSIÓN

En conclusión, se realizó un estudio bibliográfico para estructurar el sustento teórico, en el cual se observa congruencia entre la teoría y la intervención psicológica en el caso:

Desde el punto de vista del adulto mayor este tampoco se prepara para esta etapa de la vida con todos sus cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos, emocionales, económicos, sociales que tienen al ir avanzando en la edad, por ejemplo, la jubilación que lo deja solo y no crea ni ha creado redes de apoyo para esta nueva etapa de su vida.

Otro caso digno de destacar es el hecho que muchas mujeres piensan que una vez llegada a su etapa posmenopáusica cree que todo termina allí. (Bruna et al. 2014, p. 9)

Ya que el paciente relacionaba su escasa esperanza sobre el futuro, al hecho de no contar con su familia, generando en el sentimiento de culpa y revictimización a causa del abandono familiar de tipo total, ya que al paciente asiste a la casa asistencial gracias a la gestión de obra social de la ciudad, tampoco es visitado por sus familiares y mucho menos se hacen cargo de ninguna necesidad del paciente.

Pudiéndose notar que la institución de la familia es de gran importancia para los adultos mayores, porque al entrar a esa etapa de la vida, sufren cambios emocionales, vulnerables a las situaciones de la vida, y como parte del proceso que influye en gran medida a su actitud ante la vida, es la evocación de recuerdos de sucesos del pasado, que antes no se presentaban, pero durante esta etapa de la vida del paciente se volvieron frecuentes.

Uno de los logros a mencionar es la metodología de intervención que fue a medida de la necesidad del paciente, pudiendo obtener toda la información necesaria para elaborar el esquema terapéutico en un número de sesiones adecuado teniendo en cuenta el temprano desenvolvimiento como profesional de salud mental, resultado satisfactorio que se pudo comprobar en la finalización exitosa del proceso psicoterapéutica, centralizando el trabajo desde la perspectiva negativa que tiene sobre él, los demás y sus experiencias pasadas.

En cuanto se aplicaron los instrumentos psicométricos se pudo constatar los siguientes resultados; test Pfeiffer refleja un resultado de 4 puntos que se interpreta como un deterioro leve, denota dificultad en recordar la fecha en que nació, así como también refleja dificultad para realizar cálculos matemáticos sencillos.

En los resultados del test de depresión de Beck se obtiene un puntaje de 38 el cual se interpreta que las últimas dos semanas el grado de severidad de los síntomas señalados es graves, cabe mencionar que no se puntuó síntomas con respecto a ideación suicida.

Tomando en consideración la información obtenida de las pruebas psicométricas y la entrevista se diagnostica al paciente con F33.31 trastorno depresivo recurrente episodio actual grave con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

También se logró cumplir con el objetivo del estudio de caso “establecer las consecuencias emocionales que puede provocar el abandono familiar en un adulto mayor de 68 años de edad de la ciudad de Quevedo”. La cual en el paciente fue el desarrollo de síntomas del trastorno depresivo, cabe señalar que los problemas hallados fueron trabajados bajo el esquema terapéutico cognitivo conductual, reflejando mejoría en el estado de ánimo del paciente y la percepción que tiene con respecto a él, los demás y las experiencias que ha tenido

Para futuras investigaciones de esta naturaleza, se recomienda aplicar pruebas de evaluación de inteligencia y motricidad, así como también indagar en procesos terapéuticos en entrenamiento de habilidades sociales y asertividad para resolver conflictos.

Bibliografía

- Arroyo, M., & Soto, L. (2013). La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(2), 337-347.
- Association American Psychiatry. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)* (Quinta ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bautista, J. (2016). DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR POR ABANDONO FAMILIAR. *TLATEMOANI*(22), 226-271.
- Bruna, M., Reinoso, Z., & San Martín, R. (2014). Maltrato a las Personas Mayores en Chile: Haciendo visible lo invisible. Santiago: Senama, 2014. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor.
- Chaguay, I., & Molina, S. (2016). *Prevalencia del abandono de los adultos mayores asilados en las salas de servicio general de un Centro Geriátrico de la Ciudad de Guayaquil*. Guayaquil. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Delgado, J. (2012). ABANDONO FAMILIAR Y CONDUCTAS SOCIALES EN ADULTOS MAYORES; CENTRO DEL BUEN VIVIR MIES FEDHU-2012. 89. Guayaquil, Guayas, Ecuador. Universidad de Guayaquil
- Gómez, A. (2013). Unamirada de desolación. El estigma y el abandono en la vejez. *CALIDAD DE VIDA Y SALUD*, 6(2), 90-99.
- Gutiérrez, R., Díaz, K., & Román, R. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum*, 23(3), 219-230.
- Olazarán, J., Agüera, L., & Muñiz, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 55(10), 598-608.
- Pérez, S. (2016). “*EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS DOCENTES EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA DE LOS ESTUDIANTES DE DÉCIMOS GRADOS DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DE LA JORNADA MATUTINA EN LA UNIDAD EDUCATIVA PRINCIPAL RUMIÑAHUI, PROVINCIA DE TUNGURAHUA*”. Proyecto de investigación, Ambato. Universidad Técnica de Ambato.
- Plácido, A. (2013). El modelo de familia garantizado en la Constitución de 1993. *DERECHO PUCP*(71), 77-108.
- Polo, J., Zambrano, M., Muñoz, A., & Velilla, J. (2016). Inteligencia emocional y percepción de las emociones básicas como un probable factor contribuyente al

mejoramiento del rendimiento en las ventas: Una investigación teórica*. *15(2)*, 73-86.

Sotelo, I., Rojas, J., Sánchez, C., & Irigoyen, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en medicina familiar*, *14(1)*, 5-13.

Zamora, M. (2021). *ABANDONO Y DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO CAIAM PATATE*. Ambato: UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO.

ANEXOS**HISTORIA CLÍNICA**

HC. # 1

Fecha: 20/ 12 / 2021

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: xxxxxxxx Edad: 68 AÑOS
Lugar y fecha de nacimiento: Quevedo
Género: Masculino Estado civil: soltero Religión:
Instrucción: Básica
Ocupación: Agricultor
Dirección: XXXXXX Teléfono: XXXXXX
Remitente: Personal del centro geriátrico

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente adulto mayor de 68 años de edad, sexo masculino acude a consulta por derivación médica del centro geriátrico de donde es usuario, paciente manifiesta con tono de voz bajo y aptitud desanimada “vengo a consulta por que el doctor me dice que me ve triste” al culminar la oración sonríe de manera breve.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

El cuadro de síntomas manifestado tiene una prolongación de dos semanas, pero se observan antecedente de cuadros depresivos de alrededor 6 años atrás, el evento precipitante que causa la patología es el abandono familiar que percibe el paciente, como factores predisponentes que mantienen la patología son los recuerdos involuntarios del pasado, emociones de culpabilidad y arrepentimiento, y observar a otros usuarios que tienen contacto con sus familiares.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

Paciente perteneció durante la mayor parte de su vida a la estructura familiar extendida conformada por su madre y seis hermanos, la madre falleció hace 10 años atrás, y no mantiene contacto con sus hermanos, paciente es padre de 11 hijos, y tampoco sostiene contacto con ellos, menciona que con todos mantenía una relación conflictiva.

Paciente manifiesta haber mantenido una unión de hecho, dentro del hogar la dinámica familiar era conflictiva, existían problemáticas de violencia física, psicológica y sexual por parte del paciente a la su pareja de ese entonces, pareja opta por abandonar el hogar junto a su hijo.

- a. Genograma (Composición y dinámica familiar).

- b. Tipo de familia.
Nuclear
- c. Antecedentes psicopatológicos familiares.
Madre Cáncer - Padre cirrosis

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

Paciente vive en un centro gerontológico:

- 1 cuarto
- 1 baño
- Comedor común
- Patio
- Áreas verdes

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

Embarazo normal, parto normal, desconoce la marcha, control de esfínteres, cuando dijo sus primeros monosílabos, alrededor de los 7 años comía e se aseaba solo, enfermedades en la niñez no presenta

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

Con respecto a la historia escolar del paciente se observan resultados de secundaria inconclusa, conflictos en el colegio, conductas antisociales desafiantes a la autoridad

6.3. HISTORIA LABORAL

En la historia laboral, paciente manifiesta haber trabajado como agricultor la mayor parte de su vida

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

historia social se observa vida sexual promiscua en la adolescencia, dependencia de alcohol.

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

Sentarse a observar a las personas de su alrededor, o realizar alguna actividad que el personal le indique a realizar

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

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

Tomar café

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

La alimentación no se observa alteración

Dificultad para conciliar el sueño

6.9. HISTORIA MÉDICA

No refiere patología médica

6.10. HISTORIA LEGAL

antecedentes por manutención y violencia doméstica.

6.11. PROYECTO DE VIDA

Paciente manifiesta “deseo que me perdonen antes de morir”

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

Aspecto personal despeinado, vestimenta arrugada y desarreglada, ropa limpia, congruencia en el lenguaje verbal y no verbal, contextura delgada, alto, etnia montuvia.

7.2. ORIENTACIÓN

orientación en tiempo espacio y persona

7.3. ATENCIÓN

Se observa dificultad para atender

7.4. MEMORIA

alteración en la memoria de corto plazo dificultad en la retentiva

7.5. INTELIGENCIA

Aparentemente sin alteración

7.6. PENSAMIENTO

presenta pensamiento restringido en la forma

7.7. LENGUAJE

no presenta alteración en la expresión del lenguaje

7.8. PSICOMOTRICIDAD

presenta enlentecimiento motor

7.9. SENSOPERCEPCION

Alucinaciones auditivas

7.10. AFECTIVIDAD

Hipotímico

7.11. JUICIO DE REALIDAD

conservado

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

No hay conciencia

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

No presenta

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS Y RESULTADOS

test Pfeiffer refleja un resultado de 4 puntos que se interpreta como un deterioro leve, denota dificultad en recordar la fecha en que nació, así como también refleja dificultad para realizar cálculos matemáticos sencillos.

test de depresión de Beck se obtiene un puntaje de 38 el cual se interpreta que las últimas dos semanas el grado de severidad de los síntomas señalados es graves, cabe mencionar que no se puntuó síntomas con respecto a ideación suicida.

Test moca, dando con un resultado de 21 puntos lo mostrando dificultades en la retentiva de la memoria, atención y función ejecutiva.

Tes de ansiedad de beck obteniendo un puntaje de 17 se interpreta como ansiedad leve dentro de la normalidad acorde al contexto.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo:	Dificultad en la concentración, alteración en la memoria retentiva, alucinaciones auditivas, alteración en la sensopercepción, delirios, distorsiones cognitivas de filtraje, inferencia arbitraria, falacia de recompensa divina	F33.31 Trastorno depresivo recurrente episodio actual grave con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de animo
Afectivo:	Hipotimia, anhedonia, sentimientos de culpa, astenia, tristeza profunda, labilidad emocional	
Conducta social - escolar	Hipocinesia, abulia, temblor en las manos, evitación al contacto	
Somática	Dificultad para conciliar el sueño, alteración en el apetito.	

9.1. Factores predisponentes: evita contacto con otras personas del asilo, perspectiva negativa sobre él, los demás y el futuro, aparición involuntaria de recuerdos que provocan emociones de culpa y tristeza

9.2. Evento precipitante: abandono familiar

9.3. Tiempo de evolución: 4 años

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

F32.2 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

11. PRONÓSTICO

Desfavorable, si no recibe tratamiento

12. RECOMENDACIONES

Se recomienda al paciente evaluación médica.

Evaluación con neurología

Evaluación psiquiátrica y farmacoterapia

Psicoterapia individual, trabajar rehabilitación cognitiva, esquemas de creencias, y habilidades de afrontamiento

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Incertidumbre ante el proceso terapéutico	Generar confianza y adherencia al tratamiento psicoterapéutico	Psicoeducación	1	03/02/2022	Se observa empatía y seguridad en el paciente al momento de las psicoterapias.
Deterioro cognitivo en la memoria y atención	Reducir la velocidad del deterioro cognitivo a causa de la edad	Ejercicios de rehabilitación cognitiva	3	07/02/2022 09/02/2022 11/02/2022	Se observa mayor rapidez en realizar los ejercicios con respecto a intentos anteriores
Sentimientos de culpa	Evaluar la veracidad de las distorsiones	Debate socrático Rueda de mociones	2	14/02/2022 18/02/2022	Se observa que el paciente cuestiona e identifica las distorsiones cognitivas y las emociones adecuadas para la situación
Perdida de interés o placer en realizar actividades	Generar confort a la hora de realizar sus actividades	Dominio y agrado	2	21/02/2022 25/02/2022	A medida que pasa el tiempo se observa reducción en la disconformidad a la hora de realizar las actividades
Creencias centrales	Modificar las creencias centrales que generan distorsiones cognitivas	Registro de actividades (reestructuración cognitiva)	2	02/03/2022 09/03/2022	Se observa que el paciente evitar hacer inferencias y realiza un dialogo interno debatiendo las creencias

ANEXO 2

BDI-II

Nombre: H.C. Estado Civil: Soltero Edad: 68 Sexo: M.
 Ocupación: XX Educación: Basica Fecha: 27/12/2021

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea 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 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. ② Estoy triste todo el tiempo. 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>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.</p> <p>3. Fracaso</p> <p>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.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>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 de las que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>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.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado. 1 Siento que tal vez pueda ser castigado. 2 Espero ser castigado. ③ Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Disconformidad con Uno Mismo</p> <p>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.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>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.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>① 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.</p> <p>10. Llanto</p> <p>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.</p>
--	---

Título original: *Beck Depression Inventory* (Second edition)
 Traducido y adaptado con permiso.
 © 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation,
 USA.
 © de la traducción al castellano 2006 by The Psychological
 Corporation, USA.
 Todos los derechos reservados.

27 Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

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 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 mí 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 dormir.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más 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 Apctito

- 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 en apetito en absoluto.
 3b Quiero comer todo el tiempo.

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 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

16 Subtotal Página 2

22 Subtotal Página 1

38 Puntaje total

ANEXO 3

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)				
Indicaciones: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Acalorado	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Con temblor en las piernas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Con temor a que ocurra lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareado. O que se le va la cabeza.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Inestable.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Atemorizado o asustado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nervioso	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Con sensación de bloqueo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Con temblores en las manos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Inquieto, inseguro	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Con miedo a perder el control	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Con sensación de ahogo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Con temor de morir	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Con miedo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Con problemas digestivos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Con desvanecimientos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Con rubor facial	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Con sudores fríos o calientes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna

ANEXO 4



Test Memoria Acortado -SPMSQ- E. PFEIFER, 1975

Nombre completo del evaluado: HC
 Rut del evaluado: _____
 Nombre del evaluador: Daniel Valdiviezo
 Fecha de la evaluación: 27/12/2021

Instrucciones:

- 1) Pregunte desde el número 1 al 10 y complete las respuestas el recuadro que aparece a continuación. Ya finalizadas las preguntas, sume el total de errores que haya tenido el evaluado. Para tener mayor claridad de cómo evaluar los errores, utilice la guía de interpretación que aparece en el tercer punto.

	Pregunta	Respuesta
1	¿Qué fecha es hoy? (día/mes/año)	27/Dic/2021
2	¿Qué día de la semana es hoy?	jueves
3	¿Cuál es el nombre de este lugar o edificio?	gerontológico
4	¿Cuál es su número de teléfono? (Si no tiene número, realizar la pregunta 4A).	X no tiene
4A	¿Cuál es su dirección?	El guayaque
5	¿Qué edad tiene usted?	68 años
6	¿En qué fecha nació? (día/mes/año)	no recuerda
7	¿Cuál es el presidente de Chile actualmente? Ec.	no sabe
8	¿Cuál fue el presidente anterior?	no recuerda
9	¿Cuál es el apellido de su madre?	Rodriguez
10	A 20 réstele 3 y continúe restando 3 a cada resultado, hasta el final (20-17-14-12-11-8-5-2).	no pudo realizar la operacion
	Número de errores	4

ANEXO 5

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)
 Versión 8.1 Spanish (Spain)

Nombre: H.C.
 Fecha de nacimiento: 03/01/22
 Nivel de estudios: M
 Sexo: M

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA

Final: **E**
Comienzo: **1**

Copiar el cubo

Dibujar un RELOJ (Once y diez)
(3 puntos)

PUNTOS

3/5

IDENTIFICACIÓN

3/3

MEMORIA	ROSTRO	SEDA	TEMPLO	CLAVEL	ROJO	NINGÚN PUNTO
Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.	1º INTENTO	✓	✓	✓	✓	✓
	2º INTENTO	✓	✓	✓	✓	✓

ATENCIÓN

Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirlos en el mismo orden. 1 2 1 8 5 4
 El paciente debe repetirlos en orden inverso. 4 2 5 8 1 2

Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.
1 FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB 1/1

Restar de 7 en 7 empezando desde 100. 93 86 79 72 65 2/3
 4 o 5 restas correctas: 3 puntos, 2 o 3 restas correctas: 2 puntos, 1 resta correcta: 1 punto, 0 restas correctas: 0 puntos

LENGUAJE

Repetir: Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy. 1
 El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay perros en la habitación. X

Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "F" en 1 minuto. 1 (N ≥ 11 palabras) 0/1

ABSTRACCIÓN

Semejanza entre p. ej. plátano-naranja = fruta 1 tren-bicicleta 1 reloj-regla 1

2/2

RECUERDO DIFERIDO	(MIS)	Debe recordar las palabras SIN DARLE PISTAS	ROSTRO	SEDA	TEMPLO	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
Puntuación de la escala de memoria (MIS)	X3		✓	✓	✓	✓	✓	MIS = <u>8</u> / 15
	X2	Pista de categoría	✓	✓	✓	✓	✓	
	X1	Pista de elección múltiple	✓	✓	✓	✓	✓	

5/5

ORIENTACIÓN

1 Fecha 1 Mes 1 Año 1 Día de la semana 1 Lugar 1 Localidad 1

5/6

© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org MIS: 8 / 15
 Administrado por: Daniela Valdiviezo (Normal ≥ 26/30)
 Se requiere formación y certificado para garantizar la exactitud. Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios

TOTAL 23 / 30

MOCA - Spain/Spanish - Version of 19 Feb 2018 - Mapi.
 ID061021 / MOCA-8.1-Test_AU1.0_spa-ES.doc