



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

PROBLEMA:

ABANDONO FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS EN EL ESTADO
EMOCIONAL DE UN ADULTO MAYOR DE 75 AÑOS DE EDAD
DEL CENTRO GERONTOLÓGICO DE GUARANDA.

AUTOR:

ANGEL ISRAEL YÁNEZ LARA

TUTOR:

MSC. LENIN PATRICIO MANCHENO PAREDES

2022



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



DEDICATORIA

Este estudio de caso va dedicado a todas las familias que tienen a cargo un adulto mayor con el mensaje que se pretende entregar a la juventud y sociedad en general, que la parte afectiva-sentimental y el contacto físico familiar nos mantienen emocionalmente estables impidiendo que surja cualquier inferencia en el pensamiento racional.



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



AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi madre por ser el pilar fundamental en mi vida y en mi ser espiritual. A mi familia por todo el apoyo incondicional que me han brindado en el transcurso de mi carrera profesional, a cada uno de mis formadores académicos que han compartido conocimiento selecto para avanzar en el desarrollo y formación de mi persona.



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



RESUMEN

El presente estudio de caso está centrado en describir la situación que atraviesa un adulto mayor de 75 años de edad del centro gerontológico de Guaranda a partir del abandono familiar y cuáles son las consecuencias en el estado emocional. En el cual se va a investigar las consecuencias que produce el abandono familiar en un adulto mayor de 75 años de edad en su estado emocional. Considerando que el adulto mayor se encuentra atravesando por una etapa de vulnerabilidad en la cual se va degenerando y perdiendo autonomía individual, por lo cual el apoyo familiar se convierte en un factor primordial para el cuidado y conservación del adulto mayor ya que se encuentra en muchas de las ocasiones en peligro por distintas causas y en muchas de ellas es debido al abandono de sus familiares por no saber cómo tratar con su adulto mayor.

Para la investigación y obtención de datos de este estudio de caso se trabajará con método de enfoque mixto, utilizando técnicas tales como: la entrevista clínica, observación directa, aplicación de test psicométricos con el único fin de recopilar datos relevantes a la problemática presente.

Palabras claves: Abandono familiar, adulto mayor, consecuencias, estado emocional.



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



ABSTRACT

The present case study is focused on exposing the situation that an adult over 75 years of age from the Guaranda gerontological center is going through due to family abandonment and what are the consequences on the emotional state. In which the consequences of family abandonment in an adult over 75 years of age on her emotional state will be investigated. Considering that the elderly are going through a stage of vulnerability in which they degenerate and lose individual autonomy, for which family support becomes a primary factor for the care and conservation of the elderly since it is found in many of the occasions in danger for different reasons and in many of them it is due to the abandonment of their relatives for not knowing how to deal with their older adult.

For the investigation and data collection of this case study, a mixed approach method will be used, using techniques such as: clinical interview, clinical observation, application of psychometric tests with the sole purpose of collecting data relevant to the present problem.

Keywords: Family abandonment, older adult, consequences, emotional state.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	2
Justificación.....	2
OBJETIVO GENERAL	2
SUSTENTO TEÓRICO	3
Adulto mayor.....	3
Abandono	3
Tipos de abandonos	4
Abandono familiar.....	6
Abandono del adulto mayor	6
Depresión en el adulto mayor.....	7
Signos y síntomas	8
Efectos emocionales que se dan a raíz del abandono familiar en el adulto mayor	8
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	11
La entrevista clínica.....	11
La historia clínica (Anexo 1).....	11
La observación clínica.....	11
Pruebas psicométricas aplicadas.....	11
Escala de depresión de Beck (anexo 2).	12
TMMS-24 (anexo 3).....	12
Técnica socrática de TREC	12
RESULTADOS OBTENIDOS	13
Sesiones.....	13
Situaciones detectadas	15
Soluciones planteadas.....	17
CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Este estudio de caso pretende describir la situación que vive un adulto mayor de 75 años en el Centro de Adultos Mayores de Guaranda por abandono familiar y cuáles son las consecuencias emocionales. Este trabajo fue realizado acogiendo las líneas y sub-líneas, las cuales son consideradas acordes para el caso; línea de investigación de la carrera “Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico”, y la sub-línea “Psicoterapias individuales y/o grupales”.

En el cual se va a investigar las consecuencias que produce el abandono familiar en un adulto mayor de 75 años de edad en su estado emocional. Debido a que esta problemática es de carácter social, es importante realizar este estudio de caso para socializar con aquellas personas que tengan a cargo el cuidado de un adulto mayor hagan uso y tomen consciencia de que ser un adulto mayor es atravesar por una etapa de cambios.

Considerando que el adulto mayor se encuentra atravesando por una etapa de vulnerabilidad en la cual se va degenerando y perdiendo autonomía individual, por lo cual el apoyo familiar se convierte en un factor primordial para el cuidado y conservación del adulto mayor ya que se encuentra en muchas de las ocasiones en peligro por distintas causas y en muchas de ellas es debido al abandono de sus familiares por no saber cómo tratar con su adulto mayor.

Se investiga este tema debido a que en la actualidad representa poco interés para las personas jóvenes y sociedad en general, como resultado tenemos el no saber cómo proceder, cómo actuar con nuestros adultos mayores, ignorando los cambios multifactoriales que se producen a nivel biológico, cognitivo y social, además de las necesidades y atenciones que requiere el adulto mayor por este motivo se socializa el presente estudio de caso.

Para la investigación y obtención de datos de este estudio de caso se trabajará con método de enfoque mixto, utilizando herramientas y técnicas psicológicas tales como: la entrevista clínica, observación clínica, para lo cual de trabajo en cinco (5) sesiones usando aplicación de test psicométricos: escala de depresión de Beck y test TMM-S 24 con el único fin de recopilar datos relevantes a la problemática presente. Una vez que se realiza el diagnóstico, se propone un modelo de tratamiento a la Terapia Racional, Emotiva, Conductual (TREC).

DESARROLLO

Justificación

La razón que conllevó a escoger este tema, parte de la observación de la inactividad de un adulto mayor dentro del centro gerontológico a causa de la falta de visitas de parte de sus familiares, por la cual se ha considerado de vital importancia el análisis de esta problemática llevando a escoger y enfocarse en el abandono familiar y las consecuencias que deja en el estado emocional de un adulto mayor de 75 años de edad del centro gerontológico de Guaranda, además de llegar a la sociedad con información pertinente sobre las consecuencias que provocan malestar en el estado emocional.

Siendo este un problema considerable para los familiares que no saben cómo proceder y tienen a cargo el cuidado de un adulto mayor y deciden abandonarlos o internarlos en los centros gerontológicos sin tomar en cuenta las causas del deterioro y área afectada de su familiar, de igual forma la parte afectiva y emocional.

Los beneficios de realizar este estudio de caso son satisfacer la necesidad de información en la sociedad en general sobre la necesidad afectiva que requieren los adultos mayores y lo que pueden hacer los familiares acerca de la temática expuesta. Siendo beneficiario directo el adulto mayor de 75 años del centro gerontológico de Guaranda y su familia.

Es importante conocer los datos incluidos en este caso de estudio, así como compartir actualizaciones. Es por ello que este trabajo es fundamental porque trata de orientarse respecto a las consecuencias del estado emocional que deja en los adultos mayores, desde el abandono familiar hasta los problemas. Aplicando pruebas psicológicas y técnicas al modelo TREC para comprender cómo afecta el estado emocional de las personas mayores y al mismo tiempo mejorar su condición. Este estudio de caso es posible gracias a la disposición del paciente, la posibilidad de recolección de datos y la aplicación de técnicas y estrategias, permitiéndonos ver el progreso teniendo muy claro el estado emocional del paciente.

OBJETIVO GENERAL

Describir como influye el abandono familiar en el estado emocional en un adulto mayor de 75 años de edad del centro gerontológico de la ciudad de Guaranda.

SUSTENTO TEÓRICO

Adulto mayor

Expresión que hace referencia a la población de personas mayores y ancianas. En esta etapa el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de vejez y de ancianidad. Se trata de un grupo de la población que tiene 65 años de edad o más. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término personas mayores (en España y Argentina) y adulto mayor (en América Latina). Es la séptima y última etapa de la vida (prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez o ancianidad) aconteciendo después de esta el final de la vida. (Castillo Guaman, 2015).

Se define la adultez mayor como: un proceso fisiológico que comienza desde de la concepción y se vuelve evidente a partir de la madurez, es el lapso de la vida en que las funciones mentales y físicas padecen una disminución cada vez mayor comparados con períodos anteriores en que se producen cambios dando como resultado una limitación de la adaptabilidad del organismo al medio en que se desenvuelve. (Folleco Espinoza, 2018).

Una persona adulta mayor es cuando el individuo se encuentra en su última fase de su vida, siendo la que le sigue a la adultez. En esta fase el adulto mayor se le notan ciertos cambios físicos, donde la persona adulta ya no tiene la facilidad de sus movimientos, ya que sus facultades cognitivas se van deteriorando causándole dificultad en su vida diaria. Generalmente al adulto mayor se lo considera después de los 70 años de edad.

Postura Psicológica

En la actualidad el adulto mayor sufre discriminación y son maltratados por la sociedad por su avanzada edad, y muchas veces no les hacen valer sus derechos ya que son personas que no pueden valerse por sí solas, son indefensas y muchas veces no cuentan con el apoyo de sus familiares que hagan valer sus derechos como personas adultas, ya que son personas débiles que no pueden pelear en la sociedad por sus derechos y ser tratados dignamente.

Abandono

El concepto de abandono del adulto mayor se refiere al abandono o descuido humano, ya sea por abandono familiar, abandono físico o abandono emocional, vemos que existen varios tipos de abandono. Cabe señalar que el artículo 38 de la Constitución de la República del Ecuador de 2008 establece: El abandono de las familias o instituciones establecidas para la protección de los adultos mayores está penado por la ley (Cuarenta y siete Constitución de la República del Ecuador, 2008). Consideramos que las familias

tienen una responsabilidad porque las familias tienen la obligación de cuidar o velar la salud de los ancianos. (Martínez Villacres & Canchig Naveda, 2021)

Según (Ramírez Posadas, 2014) el abandono no se muestra solamente al interior de los hogares, sino que también sucede en las instituciones asistenciales, tanto como en el sector público como en el sector privado, ya que se da al brindar la atención despersonalizada, al separarlos por género, por violar su privacidad, dejarlos por largos períodos en la cama o sillón, al ministrarles sedantes de forma excesivos o no prescritos por el médico tratante.

El abandono social, son todas las relaciones que guarda el anciano con los demás (amigos, familia, etc.) así como ellos guardan las relaciones con el mismo, en la vejez se deja ver una fuerte influencia por parte de los aspectos sociales en la vida del anciano, lo cual refuerza el hecho de que la sociedad junto con la cultura limita y obstaculizan en buena medida una vida óptima en el anciano. (Parra Guzman, 2010)

Siendo así que el abandono social en el adulto mayor se da, cuando sus familiares directos no les brindan la atención y el cuidado necesario que requieren, ya que el adulto mayor está en todo su derecho de ser tratado dignamente y por lo contrario son tratados como un ser insignificante. Toda esta situación que se da en el adulto mayor afecta su nivel psicológico y emocional. Siendo motivo suficiente para que el adulto mayor se sienta triste, caiga en depresión y en peor de los casos llegan a intentar contra su propia vida por la falta de afecto de sus familiares.

Postura Psicológica

Del mismo modo, el abandono es una manera de maltratar al adulto mayor, este se da cuando la familia se desentiende de cubrir sus necesidades y deberes, dejando a un lado su responsabilidad como miembros familiares. El abandono es el olvido o descuido que se da por parte de los familiares. A diario se evidencia el abandono por el que pasan las personas de tercera edad mediante historias que relatan la expulsión del núcleo familiar por parte de sus familiares describiendo la realidad de la mayoría de población de adultos mayores.

Tipos de abandonos

Según (Folleco Espinoza, 2018) nombra seis tipos de abandonos del adulto mayor, que mencionaremos a continuación:

Abandono Físico. -Este tipo de abandono se ve reflejado en las familias que pagan una mensualidad en los centros privados del adulto mayor y olvidándose completamente de ellos.

Abandono social. - Según Miralles & Kairós, (2010) Actualmente los adultos mayores son abandonados por la sociedad, se puede encontrar frecuentemente en las calles ancianos pidiendo limosna o convertidos en personas indigentes, recogen basura y son cargadores de bultos en los mercados, debido a su avanzada edad resulta difícil que les brinden una oportunidad de empleo ya que en muchos establecimientos tienen el pensamiento que son personas ya no útiles. (Folleco Espinoza, 2018)

Abandono económico. - La economía hoy en día es un problema que afecta gravemente en la vida del adulto mayor, por el simple hecho de ser personas vulnerables que ya no pueden generar sus propios ingresos. Siendo esta una situación que causa un desequilibrio socioeconómico afectando a los suyos, ya que tampoco cuentan con el acceso a pensiones de su jubilación o en otro caso de haber enviudado.

Abandono por rechazo. -Así mismo uno de los factores principales de este tipo de abandono, se debe a la falta de preparación en la juventud y la madurez que se ha tenido, ya que manifiesta el rechazo hacia las personas adultas mayores; en varios casos, éstos son considerados como un "problema". Las personas mayores entienden que vale la pena respetar y apreciar a los demás, pero, por el contrario, coexisten muchos conflictos intergeneracionales, que hacen que las personas mayores se sientan rechazadas. (Folleco Espinoza, 2018)

Abandono parcial. -Este tipo de abandono es más común en las familias que no carecen de recursos económicos cuentan con posibilidades de pagar un hogar de ancianos privado, en donde pagan por la estadía y el adulto mayor queda interno en mencionado lugar y la relación que existía entre el anciano y su familia disminuye gradualmente. Por lo general los familiares lo visitan cuando pueden, provocando que el adulto mayor se sienta cada día más desamparado. (Folleco Espinoza, 2018)

Abandono Total. - Este tipo de abandono hace referencia a que el adulto mayor se encuentra desamparado, ya que no cuentan con el apoyo ni físico, ni económicamente por parte de sus familiares. Siendo este un problema que hace que las personas adultas mayores dependan de la sociedad donde les brindan una miseria.

Postura psicológica

Como se puede evidenciar existen algunos tipos de abandono por lo cual la persona que pasa por esto está expuesto a pasar por múltiples necesidad en diferentes campos que comprende a la sociedad como tal dejando una afectación marcada y en mucho de los casos

irreversible como lo es por ejemplo en el abandono total donde no hay nadie que se haga cargo de la salud integral del adulto mayor, en especial en su salud mental y emocional que al verse esta atentada con el abandono se convierte en una problemática social urgente a tratar.

Abandono familiar

El abandono familiar del adulto mayor se ha venido manifestando en estos últimos tiempos como la incomunicación social, el deterioro físico, mental y los sentimientos de soledad, que el adulto mayor vive en su propio núcleo familiar, dándose toda esta situación por su avanzada edad siendo tratados como objetos insignificantes llegando toda esta situación hasta el punto de despojarlos de sus propios derechos como adultos mayores, abandonándolos o muchas veces son internados en los centros gerontológicos, por el simple hecho de no hacerse cargo de ellos.

Según (Sangarí, 2016) los adultos mayores son internados en instituciones públicas, dejándolos abandonados y siendo privados de los derechos básicos por la negligencia del estado, llegando a esta situación porque los adultos mayores ya no pueden valerse por sí mismo pasando a depender de sus hijos que resultando difícil, y en ocasiones pasan a institucionalizarlos por falta de recursos, afectando profundamente a la familia provocando esto sentimiento de culpa por no poder asumir aquella responsabilidad con el adulto mayor.

El abandono de los adultos mayores es una realidad en muchos países, incluido Ecuador, donde las familias no quieren asumir el papel de "cuidadores" hasta que no saben cómo afrontarlo. Abordar esto para conocer por qué están siendo desatendidos, ya que la falta de atención a sus necesidades básicas conduce al descuido, maltrato y severa afectación física y psicológica a este grupo vulnerable de personas en nuestra sociedad. (Martínez Villacres & Canchig Naveda, 2021)

Abandono del adulto mayor

Según (Laura Condori, 2018) el abandono del adulto mayor es la negligencia o el descuido que se da por parte de la familia. Siendo una dinámica que hoy en día el adulto mayor vive a diario, dándose innumerables las historias que describen la verdadera realidad que cientos de adultos mayores viven.

El abandono al adulto mayor suele darse de dos formas diferentes, como es el abandono intensional que se da cuando sus familiares directos no les brindan los cuidados y protección necesarias siendo personas que no pueden valerse por sí solos, necesitando la ayuda de sus parientes. Por otro lado, tenemos el abandono no intencional que se viene

dando por falta de recursos económicos de parte de sus familiares directo, ya que no pueden solventar y cubrir las necesidades del adulto mayor.

Consecuencias del abandono en el adulto mayor

El abandono parcial o total tiene consecuencias sobre las personas como sujetos sociales y repercusiones que afectan directamente su salud, emociones, sentimientos. Se rompe la comunicación con y entre los integrantes del grupo familiar o bien con las personas de la comunidad; se rompen los lazos afectivos; los sentimientos pasan al olvido en combinación con el aislamiento, trasladando al sujeto y olvidando que es una persona y no objeto decorativo del hogar. (Ramirez Posadas, 2014)

El adulto mayor se ve afectado cuando su núcleo familiar es bastante extenso, donde cada uno de ellos se hace cargo del adulto mayor alternándose a su cuidado por semana, haciendo que toda esta situación afecte al adulto mayor llegando a pensar que significa una carga para sus cuidadores. Esta situación se desencadena causando estados de depresión y desequilibrio en el adulto, ya que es una etapa de la vida muy dura para ellos porque no les brindan el apoyo que ellos necesitan.

Los adultos mayores abandonados tienden a experimentar diversos cambios en sus emociones, como el sentimentalismo que se afecta en cualquier situación incómoda del adulto, que en ciertos casos los llegan hacer caer en cuadros depresivos. Ya que todo lo que les rodea les fastidia, tanto así que no toleran las conversaciones de otras personas, el ruido, desencadenando en el adulto mayor el aislamiento perjudicándose así mismo.

Depresión en el adulto mayor

La depresión ha tenido una presencia constante a lo largo de la historia de la humanidad, sin embargo, en las últimas décadas ha experimentado un notable incremento. Hoy en día es tal el impacto que esta enfermedad tiene en la sociedad, que algunos autores no han dudado en señalar esta como la era de la depresión. (Pérez Martínez & Arcia Chávez, 2008)

(INAPAM, 2021) afirma que la depresión es una de las enfermedades de salud mental más frecuentes en el mundo. Siendo así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que hoy en día la depresión afecta a más de 300 millones de personas, siendo las personas adultas mayores uno de los grupos más afectados. Siendo un trastorno mental que se define por la disminución del estado de ánimo que se traduce en la pérdida de interés y la incapacidad para poder disfrutar normalmente las actividades y experiencias de la vida diaria.

Su aparición durante la vejez depende de factores biopsicosociales. Entre los factores biológicos se consideran la predisposición genética heredada y la presencia de otras enfermedades; entre los factores psicológicos y sociales vivir la pérdida de algún familiar o amigo, laboral, material, de salud, de funciones físicas y/o cognitivas, vivir abandono familiar, falta de redes de apoyo, viudez, y recursos económicos insuficientes. Así que este padecimiento puede ser el resultado de la combinación de los factores antes mencionados. (INAPAM, 2021)

La depresión se da en tres episodios depresivos que se conocen como graves, moderado o leves. Esto va de acuerdo a los síntomas que el adulto mayor este presentando de acuerdo a la valoración psicológica. El primer episodio que se lo conoce como leve, ya que el adulto mayor o el paciente en general, pueden realizar sus actividades diarias en su gran mayoría, sin que se vea tan afectado, en otro episodio que la depresión se puede presentar es de manera moderada, siendo este episodio un poco más dificultoso para poder realizar sus actividades de la vida diaria. Y por último tenemos el episodio grave que, a diferencia de los dos episodios primeros, este se da de una forma más intensa en el paciente, incapacitándolo a poder realizar sus actividades con normalidad, ya que se le presenta la degradación de las células por sus propias enzimas y crea las ideas de suicidio.

Signos y síntomas

La depresión provoca una disfunción cognitiva, psicomotora y de otros tipos (p. ej., escasa concentración, cansancio, pérdida de deseo sexual, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que anteriormente se disfrutaban, alteraciones del sueño) así como un estado de ánimo depresivo. Las personas con un trastorno depresivo con frecuencia tienen pensamientos suicidas y pueden intentar suicidarse. Otros síntomas o trastornos mentales (p. ej., ansiedad o crisis de pánico) coexisten con frecuencia y a veces complican el diagnóstico y el tratamiento. (William, 2020)

Efectos emocionales que se dan a raíz del abandono familiar en el adulto mayor

Las familias de los adultos mayores en la actualidad tienen sus excusas por así decir, para no hacerse cargo de aquella responsabilidad. Como no tener como solventarlo, no cuento con los recursos económicos suficientes, dejándolos internados en los centros del adulto mayor o en otros casos abandonándolos en la calle, donde el adulto es fuertemente discriminado.

(Contreras Moreira, 2021) Asevera que de igual forma se debe recalcar que entre las características psicológicas de los adultos mayores se encuentran las habilidades intelectuales, el temperamento y las características de personalidad. En el pensamiento no

existe tal disminución, aunque puede haber una disminución en la eficiencia de la resolución de problemas, lo que puede afectar directamente la capacidad de adquirir conocimiento, hay un aumento en el tiempo de reacción y la memoria que cambia debido a eventos recientes, mientras se mantiene creatividad e imaginación. (Gabriela, 2018)

(Contreras Moreira, 2021) hace referencia que una vez que los “AM” son abandonados e institucionalizados, pierden conexión social y familiar, ya que su entorno se vuelve ordenado y formalizado. El abandono vulnera los derechos de las personas mayores y las expone a riesgos psicológicos y sociales. Los cambios en su psiquis que conducen a un estado de abandono son a menudo crisis de agotamiento, depresión y desilusión, debido a la experiencia en la que el anciano se encuentra de repente, inaceptablemente, abandonado y en casos graves olvidado. Cabe señalar que entre las consecuencias más importantes del abandono del adulto mayor está el maltrato psicológico, que es ansiedad, depresión, desesperación, aislamiento, miedo, tristeza, entre otros. (Gabriela, 2018).

Terapia racional emotiva conductual (TREC)

Modelo teórico de la terapia racional emotiva conductual

MODELO ABC. - El modelo ABC no es tan solo un modelo psicopatológico, sino que también es una teoría de la personalidad o un modelo de funcionamiento. Parte de la premisa estoica (Epicteto, siglo I d.C.) de que «no nos perturbaban las cosas sino la interpretación que hacemos de ellas». En el dicho popular sería algo así como «Todo depende del cristal o la lente con que se mire». (Lega & Et al, 2017, pág. 130).

Las siglas ABC del modelo significan:

- A- Acontecimiento Activador o adversidad** (activating event).
- B- Sistemas de creencias** (beliefs).
- C- Consecuencia emocional y conductual.**

Acontecimiento Activador o Adversidad (Activating event): Es la percepción del evento o situación que ocurrió la causa de la agitación emocional. Dicho acontecimiento puede ser un hecho externo (por ejemplo, un problema con el jefe) o interno (como un dolor físico o una imagen mental); una situación pasada (como un abuso infantil) o presente (como una discusión con alguien); un hecho objetivo (como un accidente de coche) o subjetivo (como un rechazo imaginado). (Lega & Et al, 2017, pág. 130)

Sistemas de creencias (beliefs): Es la percepción, interpretación, creencia o pensamiento que una persona tiene sobre A. Las creencias pueden ser racionales o irracionales. Una creencia es racional cuando es empírica, lógica y funcional, y suele tener

forma de preferencia (deseos o esperanzas), aceptación, tolerancia y relativismo, e incluir significados tipo «sí/también», o «sí/pero» ante el «A» desagradable que están experimentando». Mientras que es irracional cuando es mágica, ilógica y disfuncional, y suele tener forma de exigencia, condenación, intolerancia y dramatismo, e incluir significados. (Lega & Et al, 2017, pág. 131)

Consecuencia emocional y conductual (Consequence): Son tendencias fisiológicas de reacciones y acciones que preceden a la letra "a". Disfruta de sentimientos saludables (o insanas) y no saludables (o insanas) que conducen a comportamientos constructivos (o creativos) y destructivos (o derrotistas), respectivamente. Es de primordial importancia que el individuo comprenda que el «A» (el acontecimiento) no causa directamente la «C» (sus emociones y/ o comportamientos), sino que es la interpretación de dicha «A», los pensamientos que la persona tiene sobre ella («B»), lo que crea dichas consecuencias o «C». (Lega & Et al, 2017, pág. 131)

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para desarrollar el problema actual se han utilizado muchos instrumentos psicológicos diferentes, como herramientas de investigación tales como entrevistas psicológicas, historia clínica y notas clínicas, pruebas psicométricas, y la técnica socrática de TREC, todo esto será trabajado desde el modelo de terapia racional emotiva (TREC).

La entrevista clínica

Se utilizo esta técnica a través de la cual se obtiene datos significativos y aclaratorios a la hora de realizar un diagnóstico psicológico clínico. Además de la información recabada, permite definir el tipo de tratamiento que el paciente necesita, así como tomar las decisiones y juicios clínicos oportunos. Es necesario durante la realización de la entrevista crear un clima de confianza (rapport), para generar calidez y así favorecer la comunicación interpersonal desde un primer contacto, de esta manera se crean lazos y vínculos con el paciente.

La historia clínica (Anexo 1).

Es el documento que recoge toda la información relevante sobre el estado actual y pasado de un paciente, en la historia clínica queda registrado los temas tratados durante las distintas consultas, sus avances y novedades. En esta herramienta recopila los datos personales desde la concepción hasta la actualidad del paciente, además contiene campos como del motivo de consulta, anamnesis, exploración mental, fenomenología, etc, para determinar y establecer un psicodiagnóstico.

La observación clínica

A través de la observación clínica nosotros podremos observar conductas, gestos y distintas maneras de expresión reflejando el sentir del paciente, la observación es el primer paso para conocer a la persona, lo que es y lo que quiere manifestar ya sea de una forma verbal o no verbal, lo que le permite partir de lo conocido a lo general, de lo objetivo a lo subjetivo.

Pruebas psicométricas aplicadas

Los test psicométricos se caracterizan por ser instrumentos estructurados en el cual la persona considerada a evaluar debe escoger entre las diferentes alternativas de respuestas, eligiendo o considerando aquella que se ajusta mejor a su situación o caso en particular.

Escala de depresión de Beck (anexo 2).

El Inventario de Depresión de Beck evalúa en sus preguntas las principales características de la depresión esta escala es usada en pacientes a partir de los 13 años en adelante, en este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones se describe como se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día de hoy, consta de 21 ítems, la prueba será tomada entre los 10 a 15 minutos en resolverlas. La valoración de cada pregunta será con un máximo de 3 puntos. Puntuación de nivel de Depresión 1-10: estas fluctuaciones se consideran normales, 11-16 trastorno del estado de ánimo leve, 17-20 episodios depresivos intermitentes, 21-30 depresión moderada, 31-40 depresión mayor, 40 depresión mayor. El paciente obtuvo una puntuación de 28 dando como resultado una Depresión Moderada.

TMMS-24 (anexo 3).

Es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de sus estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas. La TMMS-24 contiene tres dimensiones clave de la IE con 8 ítems cada una de ellas: Atención emocional, claridad de sentimientos y reparación emocional.

Técnica socrática de TREC

Esta técnica es una de las principales en la terapia cognitiva, en donde el método socrático hace referencia a su origen y a sus características más distintivas, como así también su modo de empleo en los procesos terapéuticos. Esta técnica contiene como parte central las preguntas inductivas, mismas que tienen una orientación a la búsqueda de un nuevo conocimiento partiendo de conceptos anteriores que tiene el paciente, esta técnica se realiza mediante el dialecto en la cual se generaliza una verdad sobre un concepto preestablecido y se lo examina hasta su refutación, así podemos comenzar con una nueva noción o idea del mismo.

RESULTADOS OBTENIDOS

Sesiones

Paciente J. M. de 75 años de edad, residente del Centro Gerontológico De Guaranda acude al área de psicología por voluntad propia y remitido por la coordinadora del centro, con el propósito de recibir apoyo psicológico ya que el adulto mayor expresa que lo abandonaron por su avanzada edad. Se realizaron 5 sesiones terapéuticas, las mismas que han permitido examinar y determinar la perturbación que aqueja al paciente identificado con el fin de proporcionar la ayuda necesaria al paciente, dichas sesiones se realizaron una vez a la semana, cada una de ellas, con un tiempo de 50 min. de duración detalladas de la siguiente manera:

- **Primera sesión realizada el día 8/1/2022.-** Se realiza la primera sesión de 10:00h hasta las 10:50h, una vez establecido el rapport y mediante el discurso del paciente se pudo conocer la situación que le causaba malestar y lo perturbaba, a través de la entrevista de obtuvo la información necesaria para llenar la historia clínica, se plantea al paciente la realización de tareas, se programó las sesiones, los días sábados, queda la próxima sesión para el día 15/1/2022.
- **Segunda sesión realizada el día 15/1/2022.** Realizada en el horario de 10:00h hasta las 10:50 para la cual se empieza estableciendo el rapport necesario para dar inicio a la sesión, se procede a explicar al paciente el modelo de terapia racional emotiva conductual con la que será atendido y se dan las directrices necesarias para la aplicación del test de depresión de Beck, a continuación se realizó una retroalimentación sobre la sesión anterior para empezar con la técnica ABC de Albert Ellis sobre la situación que lo aquejaba al paciente, en esta sesión se definió el problema y se estableció la meta psicoterapéutica.
- **Tercera sesión realizada el día 22/1/2022.** Realizada en el horario de 10:00h hasta las 10:50 para la cual se empieza estableciendo el rapport necesario para dar inicio a la sesión, se continua con la técnica ABC de Albert Ellis, se da directrices necesarias al paciente para la aplicación del test TMMS-24, se le pide al paciente que mencione un ejemplo concreto del problema para así identificar las consecuencias significativas se realiza una retroalimentación sobre la sesión y temas tratados en esta sesión.

- **Cuarta sesión realizada el día 29/1/2022**

Realizada en el horario de 10:00h hasta las 10:50 para la cual se empieza estableciendo el rapport necesario para dar inicio a la sesión, se aplicó un ejercicio para atacar creencias irracionales, que implicó confrontar pensamientos o creencias irracionales, como los mencionados por el paciente. “me abandonaron porque ya no sirvo estoy viejo”. Aplicación de técnica de relajación.

- **Quinta sesión realizada el día 5/2/2022**

Realizada en el horario de 10:00h hasta las 10:50 para la cual se empieza estableciendo el rapport necesario para dar inicio a la sesión, analizada la información obtenida y basándose en el discurso emitido por el paciente identificado y la comprobación de los materiales utilizados. En esta última sesión, se realizó la devolución del paciente con un diagnóstico final.

Situaciones detectadas

El paciente de 75 años de edad, en lo que refiere a su aspecto personal se presenta con buen semblante, aseado, su lenguaje no verbal es congruente con sus expresiones verbales, se muestra con una actitud colaboradora al realizar la entrevista, se considera mestizo, respecto a su lenguaje es claro y fluido.

En las sesiones el paciente se presenta con una orientación total en tiempo y espacio (alopsíquica) orientación total personal (auto psíquica). Atención normal no se distrae buen estado de vigilia (alerta). Presenta un pensamiento organizado. No presenta problemas de lenguaje ni existe alteraciones como ilusiones o alucinaciones. Se muestra conservado con actitud colaboradora/flexible.

El paciente presentaba la siguiente sintomatología como: pensamientos negativos, sentimientos de tristeza, dificultad para conciliar el sueño, con pensamientos de desesperanza y han estado ocasionando en la afectación emocional, a causa del abandono de su familia en un centro gerontológico.

Respecto a los test psicométricos que se aplicaron al paciente se reflejaron los siguientes resultados:

- En el inventario de depresión de Beck el paciente saco una puntuación de 28 puntos, que es equivalente a una Depresión Moderada.
- TMMS-24: el paciente obtuvo las siguientes puntuaciones: Atención 13, Claridad 37, reparación 21. Dando como resultado lo siguiente. El paciente debe mejorar su atención; presta poca atención en los sentimientos. Manifiesta una excelente claridad sobre sus estados emocionales. Además, debe mejorar en regular sus estados emocionales.

Las herramientas y técnicas que se emplearon en este caso para el análisis y posterior diagnóstico fueron de gran importancia para determinar las posibles soluciones a la problemática en curso del paciente identificado.

Hallazgos en el Área Cognitiva

El paciente no presenta alteraciones en su área cognitiva para relacionar identificar o asociar las cosas sin embargo se evidencian creencias irracionales mismas que están ocasionando un malestar latente y reflejado en su conducta, el paciente se encontraba orientado en tiempo y espacio así mismo como en su orientación total personal.

Hallazgos en el Área Emocional

En el área emocional manifiesta alteración debido al abandono por parte de su familia, en el cual se halló la siguiente sintomatología: sentimientos de tristeza, creencias irracionales “las personas viejas ya no sirven” ocasionando en el (PI) un desequilibrio emocional.

Hallazgos en el Área Conductual-Social

El paciente en su conducta se muestra decaído, en lo que respecta a lo social se muestra sin ánimos de hablar o realizar actividades grupales, prefiere estar solo.

Hallazgos en el Área Psicosomática

El paciente refiere que presenta dificultades para conciliar el sueño, además de la pérdida de apetito, ausencia de voluntad para hacer las cosas.

Hallazgos en el Área Fisiológica

El paciente menciona que a partir de su abandono a disminuido su facultad de hablar claramente, constantes cefaleas.

Signos y síntomas del paciente y criterios de diagnóstico cumplidos del DSM-5, se trata de; Trastorno de depresión moderado 296.22 (F32.1).

Soluciones planteadas

Se realizó un plan psicoterapéutico partiendo de la variable a trabajar “el abandono familiar” gracias a toda la información obtenida a través de las herramientas psicológicas para la elaboración de este trabajo investigativo. El plan psicoterapéutico consiste abordar la problemática con el modelo de terapia racional emotiva conductual aplicando técnicas pertenecientes a este modelo para constatar que existían pensamientos y creencias irracionales que afectaban las emociones del paciente.

El paciente aprendió a identificar y diferenciar una creencia racional de una irracional a través de trabajar en las creencias irracionales del paciente y patrones de pensamiento para cambiar los pensamientos negativos y reemplazar las creencias irracionales por una racional.

Se definió el problema y la meta psicoterapéutica para así conocer como las interpretaciones nos generan consecuencias emocionales o conductuales, mas no la situación detonante.

Modificar y controlar los pensamientos y emociones negativas a través de educación emocional para cambiar la conducta de aislamiento y evitación grupal. Además, fomentar la visita de sus familiares para reforzar el trabajo realizado y así mantener al paciente en un estado de salud emocional optimo.

Mediante la técnica de relación se pretende reducir los pensamientos negativos del paciente para consecuentemente tratar de conciliar el sueño y así bajar la intensidad del malestar, dejando un cambio positivo en el paciente identificado.

A través de estas soluciones planteadas se pudo tratar al paciente obteniendo resultados considerables y positivos frente a su problemática, cabe recalcar que ante todo el procedimiento realizado el paciente presto la colaboración necesaria para la solución a esta problemática.

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Pensamientos negativos Creencias irracionales	Recoger información necesaria para llenar la historia clínica	Entrevista psicológica, observación clínica	1	8/1/2022	Paciente dio el consentimiento para realizarle preguntas para recopilar información
Sentimientos de tristeza	Definir el problema y establecer la meta psicoterapéutica	Modelo ABC de Albert Ellis	1	15/1/2022	Se definió el problema y la meta psicoterapéutica
Aislamiento y evitación social	Evaluar un ejemplo concreto del problema-objetivo	Modelo ABC de Albert Ellis	1	22/1/2022	Se logró la reintegración en actividades grupales.
Resistencia al atacar creencias irracionales	Reemplazar creencias irracionales por una creencia racional	Ejercicio de ataque a las creencias irracionales	1	29/1/2022	
Insomnio	Reforzar creencias racionales	Técnicas de relajación pasiva	1	5/2/2022	Se cambiaron pensamientos negativos que imposibilitaban conciliar el sueño.

CONCLUSIONES

Este estudio investigativo fue de gran utilidad para describir la importancia de que tiene el abandono familiar en el estado emocional de un adulto mayor, resaltando lo que le adolece y como los afecta en una etapa de vulnerabilidad por parte de sus consanguíneos y aún más cuando el abandono proviene directamente de su familia con quien convivía.

Así mismo uno de los factores principales de este tipo de abandono, se debe a la falta de preparación en la juventud y la madurez que se ha tenido, ya que manifiesta el rechazo hacia las personas adultas mayores; en varios casos, éstos son considerados como una “molestia”.

Los adultos mayores abandonados tienden a experimentar diversos cambios en sus emociones, como el sentimentalismo que se afecta en cualquier situación incómoda del adulto, que en ciertos casos los llegan hacer caer en cuadros depresivos. Ya que todo lo que les rodea les fastidia, tanto así que no toleran las conversaciones de otras personas, el ruido, desencadenando en el adulto mayor el aislamiento perjudicándose así mismo.

Las familias de los adultos mayores en la actualidad tienen sus excusas por así decir, para no hacerse cargo de aquella responsabilidad. Como no tener como solventarlo, no cuento con los recursos económicos suficientes, dejándolos internados en los centros del adulto mayor o en otros casos abandonándolos en la calle, donde el adulto es fuertemente discriminado.

Para este caso (Contreras Moreira, 2021) se refiere al hecho de que los ancianos, una vez abandonados e institucionalizados, pierden la conexión sociofamiliar ya que su entorno debe ser organizado y formalizado. El abandono vulnera los derechos de las personas mayores y las expone a riesgos psicológicos y sociales. Los cambios en la psique que conducen a un estado de abandono, a menudo una crisis de agotamiento, depresión y desilusión, se deben a la experiencia de las personas mayores cuando de repente, de manera inaceptable, abandonan y, en casos graves, olvidan.

La relación entre el abandono familiar y la depresión del adulto mayor hace referencia ya que su aparición durante la vejez depende de factores biopsicosociales. Entre los factores biológicos se consideran la predisposición genética heredada y la presencia de otras enfermedades; entre los factores psicológicos y sociales vivir la pérdida de algún familiar o amigo, laboral, material, de salud, de funciones físicas y/o cognitivas, vivir abandono familiar, falta de redes de apoyo, viudez, y recursos económicos insuficientes. Así que este padecimiento puede ser el resultado de la combinación de los factores antes mencionados. (INAPAM, 2021).

Para la conservación de una salud en el estado emocional es considerable realizar actividades en espacios de ocio para fomentar una rutina y posteriormente hasta convertirse en buenos hábitos de este modo se garantizará la salud del estado mayor lo cual recomendamos lo siguiente:

- Integrar en actividades cognitivas, sociales y ocupaciones a fin de mantener su vida activa y funcional, fortalecimiento sus capacidades mentales conservadas y en cierta medida previniendo un deterioro aislado.
- Fomentar espacios de ocio, como pintura, música, baile, etc, en razón de estimular habilidades personales, sociales y grupales.
- Mantener con apoyo psicológico constante a fin de preservar sus recursos psicológicos.
- Reinsertar en actividades de su oficio (relojería) bajo supervisión parcial del personal de cuidados diarios del centro.

BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea General, d. I. (16 de Diciembre de 1991). Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.
- Boada, A. (21 de Octubre de 2019). *El abandono familiar: ¿Qué es y qué consecuencias implica para quien lo comete?*
- Castillo Guaman, D. M. (2015). "Enfermedades de los ancianos ". Loja.
- Contreras Moreira, J. M. (marzo de 2021). Abandono familiar y su incidencia en el estado emocional de un adulto mayor de 75 años de edad de la parroquia San Juan. Babahoyo.
- Folleco Espinoza, M. G. (17 de mayo de 2018). Efectos emocionales del abandono familiar en los adultos mayores: Hogar "Días Felices". Quito.
- Gloria Ximena Roza Jaramillo, L. Y. (2018). *Determinantes del abandono familiar en el adulto mayor, una monografía*. CALI.
- INAPAM, I. (02 de Febrero de 2021). La Depresión en la vejez y la importancia de su prevención. Mexico.
- Laura Condori, M. A. (10 de Octubre de 2018). Las relaciones familiares y su influencia en el abandono del adulto mayor, usuarios del programa nacional de asistencia solidaria pensión 65, azángaro –2017. Puno.
- Lega, L., & Et al. (2017). *Terapia Racional Emotiva Conductual*. Madrid: e Espasa Libros, S. L. U.
- Martínez Villacres, O. S., & Canchig Naveda, S. (18 de Septiembre de 2021). Situación de abandono de los adultos mayores autovalentes e institucionalizados en un centro residencial gerontológico de la ciudad de Guayaquil durante la pandemia del Covid-19 en el año 2020. Guayaquil.
- Medina Jesenia, M. M. (2015). El abandono familiar del adulto mayor del distrito de viques-huancayo. Huancayo- Perú.
- MIES, M. (2014). Norma tecnica de la población adulta mayor. *Ministerio de Inclusión Económica y Social (servicios y programas)*. Quito.
- Nieto Abad, E. F., & Parra Feijóo, E. E. (Agosto de 2013). Estudio factible para la creacion de un centro gerontologico de integracion para el adulto mayor. Cuenca.
- Paredes García, M. R. (2016). La obligación de los alimentos y los derechos del adulto mayor. Ambato.
- Parra Guzman, M. I. (2010). Abandono del adulto mayor, derechos y politica social.
- Pérez Martínez, V. T., & Arcia Chávez, N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Ramírez Posadas, C. (Junio de 2014). Recuperado el 18 de 03 de 2022, de Abandono social de las personas adultas mayores en la Ciudad de México.

Sangarí, Y. (20 de Mayo de 2016). Adultos mayores institucionalizados: Íconos del abandono y la soledad. *Dependencia, Derechos, Derechos Humanos, Legislación, Protección social*.

William, C. (Marzo de 2020). Trastornos depresivos.

ANEXOS

Anexo 1

HISTORIA CLÍNICA

HC. # 1

Fecha: 10/01/2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombres: J. E. M. T.

Edad: 75

Lugar y fecha de nacimiento: Tulcán 18-10-1941

Género: Masculino

Estado civil: Casado

Religión: católico

Instrucción: Secundaria (3er curso)

Ocupación: Relojero

Dirección: Azuay y Eloy Alfaro

Teléfono: 0000000000

Remitente: Coordinación del centro gerontológico

2. MOTIVO DE CONSULTA:

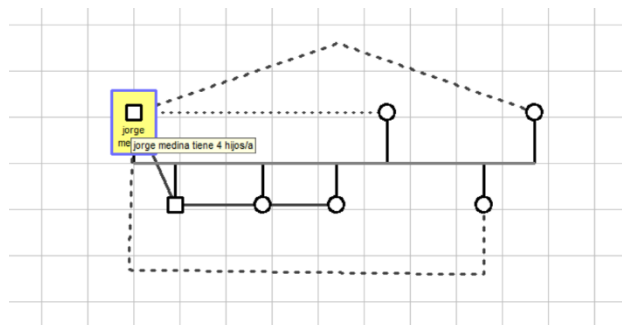
A.M. llega a consulta por sentirse triste, decaído y con negativa de participar en actividades de integración del centro gerontológico durante los dos últimos meses.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL:

Manifiesta sentirse decaído y triste por la falta de visitas por parte de sus familiares ocasionándole un sentimiento de olvido afectando su estado emocional, manifiesta que últimamente tiene pensamientos de que nadie le quiere porque no le visitan. Menciona que sus hijos lo llaman ocasionalmente pero que no es lo mismo que poder verlos y compartir con ellos manifestando que lo abandonaron. Presenta sentimiento de tristeza por no poder realizar ejercicios por su dolor latente en la pierna izquierda y le da pena el no poder estar con una mujer sexualmente.

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

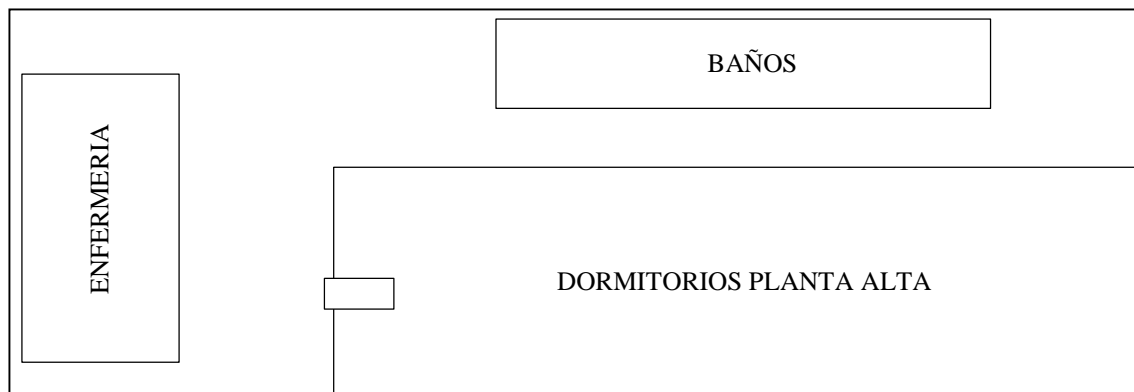
- Genograma (Composición y dinámica familiar).
- Tipo de familia.
- Antecedentes psicopatológicos familiares.



B. Disfuncional

C. No refiere antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades. Embarazo normal parto normal tomo el seno de su madre hasta los 10 años, no presento problemas en su marcha tampoco en el desarrollo del lenguaje, control total de esfínteres desde los 6 años, funciones de autonomía en deterioro, ausencia de enfermedades.

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela). Manifiesta no haber tenido problemas de adaptabilidad con un rendimiento excelente, además refiere que la relación con sus pares y maestros era muy buena siendo muy generoso con todos, menciona no haber tenido problemas de aprendizaje ni cambios de institución escolar.

6.3. HISTORIA LABORAL

Era muy educado con el cliente menciona que la relación con su jefe era como de padre e hijo le enseñaba a ser educado trabajador y respetuoso teniendo una excelente relación laboral.

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

No presenta dificultad para adaptarse al medio social relata que fue muy bien inculcado por sus padres.

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

Realiza actividades en terapia ocupacional se pone a pintar con los compañeros. Además trabaja como relojero en sus tiempos de ocio.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Se considera una persona amigable y afectuosa manifiesta que su primera relación sexual fue a los 18 años de edad, actualmente lleva una sexualidad pasiva y comenta no haber tenido ningún tipo de enfermedad por transmisión sexual.

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

No consume café, alcohol, drogas u otros.

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

Se alimenta cinco veces al día sin complicaciones. En lo que refiere al sueño no presenta dificultad para dormir ni irrupciones del mismo.

6.9. HISTORIA MÉDICA

Refiere que en su última valoración médica no presenta complicación respecto a su salud integral.

6.10. HISTORIA LEGAL

No presenta ningún antecedente.

6.11. PROYECTO DE VIDA

Salir del centro gerontológico para vivir con sus familiares.

7. EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL

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

En lo que refiere a su aspecto personal se presenta con buen semblante, aseado, su lenguaje no verbal es congruente con sus expresiones verbales, se muestra con una actitud colaboradora al realizar la entrevista, se considera mestizo, respecto a su lenguaje es claro y fluido.

7.2. ORIENTACIÓN

Orientación total en tiempo y espacio (alopsíquica) orientación total personal (auto psíquica)

7.3. ATENCIÓN

Atención normal no se distrae buen estado de vigilia (alerta)

7.4. MEMORIA

Deterioro en la memoria anterógrada.

7.5. INTELIGENCIA

Sin

7.6. PENSAMIENTO

Presenta un pensamiento organizado

7.7. LENGUAJE

No presenta problemas de lenguaje

7.8. PSICOMOTRICIDAD

No presenta dificultades

7.9. SENSOPERCEPCION

No existe alteraciones como ilusiones o alucinaciones.

7.10. AFECTIVIDAD

No presenta problemas de afectividad.

7.11. JUICIO DE REALIDAD

Conservado con actitud colaboradora/flexible.

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Se muestra consciente de su cambio emocional.

7.13. HECHOS PSICOTRAUMÁTICOS E IDEAS SUICIDAS

Pensamiento recurrente de abandono por falta de visitas de sus familiares no presenta ideas suicidas.

8. PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS

Escala de depresión de Beck: Depresión moderada

Escala TMMS-24: Poca atención a sus sentimientos, comprende bien sus estados emocionales, no es capaz de regular sus estados emocionales.

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	Creencias irracionales	Depresión
Afectivo	Sensación de abandono	
Emoción	Tristeza	

Conducta social - escolar	Adaptable	
Somática	Dificultad para dormir insomnio	

9.1. Factores predisponentes: ausencia de visitas

9.2. Evento precipitante: pensamientos de abandono

9.3. Tiempo de evolución: 2 años

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

Los signos y síntomas que presenta el paciente, cumpliendo los criterios de diagnósticos del DSM-5, se trata de Trastorno de depresión moderado 296.22 (F32.1)

CIE-10 F32.1 Episodio depresivo moderado.

13. PRONÓSTICO

Existe un pronóstico favorable ya que el paciente tiene conciencia de enfermedad y está dispuesto a colaborar en todo el proceso.

12. RECOMENDACIONES

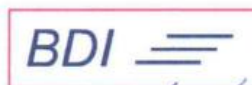
- Integrar en actividades cognitivas, sociales y ocupaciones a fin de mantener su vida activa y funcional, fortalecimiento sus capacidades mentales conservadas y en cierta medida previniendo un deterioro aislado.
- Fomentar espacios de ocio, como pintura, música, baile, etc, en razón de estimular habilidades personales, sociales y grupales.
- Mantener con apoyo psicológico constante a fin de preservar sus recursos psicológicos.
- Reinsertar en actividades de su oficio (relojería) bajo supervisión parcial del personal de cuidados diarios del centro.

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Pensamientos negativos Creencias irracionales	Recoger información necesaria para llenar la historia clínica	Entrevista psicológica, observación clínica	1	8/1/2022	Paciente dio el consentimiento para realizarle preguntas para recopilar información
Sentimientos de tristeza	Definir el problema y establecer la meta	Modelo ABC de Albert Ellis	1	15/1/2022	Se definió el problema y la meta psicoterapéutica

	psicoterapéu tica				
Aislamiento y evitación social	Evaluar un ejemplo concreto del problema- objetivo	Modelo ABC de Albert Ellis	1	22/1/2022	Se logro la reintegración en actividades grupales.
Resistencia al atacar creencias irracionales	Reemplazar creencias irracionales por una creencia racional	Ejercicio de ataque a las creencias irracionales	1	29/1/2022	
Insomnio	Reforzar creencias racionales	Técnicas de relajación pasiva	1	5/2/2022	Se cambiaron pensamientos negativos que imposibilitaba n conciliar el sueño.

Anexo 2



Identificación J. M. Fecha 15/01/2019

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

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desalentador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.

Identificación J. M.

Fecha 15/01/2022

8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Descaría suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 Creo que tengo un aspecto horrible.

Identificación

J. M.

Fecha

15/01/2022

15. Trabajo igual que antes.
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 No puedo hacer nada en absoluto.
16. Duermo tan bien como siempre.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. No me siento más cansado de lo normal.
 Me canso más fácilmente que antes.
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. Mi apetito no ha disminuido.
 No tengo tan buen apetito como antes.
 Ahora tengo mucho menos apetito.
 He perdido completamente el apetito.
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI NO
20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL:

28

Depresión Moderada.

Puntuación Nivel de depresión*

1-10.....Estos altibajos son considerados normales.

11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20.....Estados de depresión intermitentes.

21-30.....Depresión moderada.

31-40.....Depresión grave.

+ 40.....Depresión extrema.

Anexo 3

TMMS-24.

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo

J.E.M.T

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5

La TMMS-24 está basada en *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.

La TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la IE con 8 ítems cada una de ellas: Atención emocional, Claridad de sentimientos y Reparación emocional. En la tabla 1 se muestran los tres componentes.

Tabla 1. Componentes de la IE en el test

	Definición
Atención (17)	Soy capaz de <i>sentir y expresar</i> los sentimientos de forma adecuada
Claridad (32)	<i>Comprendo bien</i> mis estados emocionales
Reparación (21)	Soy capaz de <i>regular los estados</i> emocionales correctamente

Evaluación

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, sume los ítems del 1 al 8 para el factor *atención emocional*, los ítems del 9 al 16 para el factor *claridad emocional* y del 17 al 24 para el factor *reparación de las emociones*. Luego mire su puntuación en cada una de las tablas que se presentan. Se muestran los puntos de corte para hombres y mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de ellos.

Recuerde que la veracidad y la confianza de los resultados obtenidos dependen de lo sincero que haya sido al responder a las preguntas.

	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Atención	Debe mejorar su atención: presta poca atención < 21	Debe mejorar su atención: presta poca atención < 24
	Adecuada atención 22 a 32	Adecuada atención 25 a 35
	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 33	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención > 36

Claridad	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
	Debe mejorar su claridad < 25	Debe mejorar su claridad < 23
Adecuada claridad 26 a 35	Adecuada claridad 24 a 34	
Excelente claridad > 36	Excelente claridad > 35	

Reparación	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
	Debe mejorar su reparación < 23	Debe mejorar su reparación < 23
Adecuada reparación 24 a 35	Adecuada reparación 24 a 34	
Excelente reparación > 36	Excelente reparación > 35	

Algunas referencias sobre la utilización de la escala:

- Carranque, G.A., Fernández-Berrocal, P., Baena, E., Bazán, R., Cárdenas, B., Herraiz, R., y Velasco, B. (2004). Dolor postoperatorio e inteligencia emocional. *Revista española de Anestesiología y Reanimación*, 51, 75-79.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life in middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47-59.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., y Durán, A. (2003). Inteligencia emocional y burnout en profesores. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 260-265.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de Educación*, 332, 97-116.
- Extremera, N. Fernández-Berrocal, P. Mestre, J. M. y Guil, R. (2004). Medidas de evaluación de la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 2.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (en prensa). Inteligencia emocional y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el Trait Meta-Mood Scale. *Ansiedad y Estrés*.
- Fernández-Berrocal, P. y Ramos, N (2002). Evaluando la inteligencia emocional. Fernández-Berrocal P y Ramos, N (Eds.), *Corazones inteligentes*. Editorial Kairós: Barcelona.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., Fernández-McNally, C., Ramos, N. S., y Ravira, M. (1998). Adaptación al castellano de la escala rasgo de metaconocimiento sobre estados