



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



**DOCUMENTO PROBATORIO EXAMEN DE CARÁCTER**  
**COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PROBLEMA:**

**DISTORSIONES COGNITIVAS Y SU INCIDENCIA EN EL ESTADO EMOCIONAL**  
**DE UN ADULTO MAYOR RESIDENTE EN EL CANTÓN VINCES**

**AUTOR**

**RAMÍREZ MORÁN OLGA ALEXANDRA**

**TUTOR**

**MSC. FRANCO CHOEZ XAVIER EDUARDO**

**BABAHOYO, ABRIL**

**2023**



## Contextualización

### 1 Planteamiento del problema

En base al proceso de Vinculación con la Sociedad realizada en la población de adultos mayores con el tema “Intervención Psicológica para reducir el estrés en la población de Adultos Mayores” se evidenció la presencia de distorsiones cognitivas en un adulto mayor que mostraba afecciones en su estado de ánimo, surgiendo así la problemática: ¿Cómo influyen las distorsiones cognitivas en el estado emocional de un adulto mayor residente en el cantón Vinces?

De acuerdo a Vallejo (2017) las distorsiones cognitivas pueden considerarse como fallas en la manera en la que se procesa la información que se da de una manera habitual en la vida de las personas, y estos errores se origina en los esquemas que la misma persona va formando a través de su crecimiento y todas sus experiencias de vida. Riso (2006, citado en Escobar, 2018) explica que este mal proceso de la información, cumple un papel fundamental en las psicopatologías, debido a que tiende a provocar revuelta emocional.

Lluglla (2016) explica que estudios realizados en España demuestran que 32% de los adultos mayores que sufren depresión experimentan distorsiones cognitivas ligadas a este trastorno, además, manifiesta que no es necesaria la existencia de una patología psicológica para la existencia de distorsiones cognitivas, si no que se pueden dar por diferentes situaciones que puede experimentar el adulto mayor como pueden ser situaciones de todos los tipos de maltrato, situaciones de abandono, duelo, entre otras.

En Ecuador, en base a los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) I Ecuador, 46% de los adultos mayores que se encuentran en condiciones de abandono padecen el tipo de distorsión cognitiva de visión catastrófica, 16,4% experimentaron violencia psicológica y el 57,4% viven en la pobreza, lo que resulta mucho más en distorsiones cognitivas (Freire, 2009).

Por otro lado, en la provincia de Los Ríos, se encontró la presencia de un estudio de caso previo a la obtención del Título de Psicología Clínica que correlaciona los pensamientos automáticos propios de las distorsiones cognitivas junto con la depresión que padece un adulto mayor en la ciudad de Babahoyo, en el que se evidencia la posible relación entre las distorsiones cognitivas y el estado emocional de los adultos mayores.

## 2 Justificación

El interés en la temática del presente estudio de caso surge en la praxis en Vínculo con la Sociedad dado que se tuvo la oportunidad de trabajar con adultos mayores y conocer sobre las diferentes situaciones que presentaban en su día a día, en la que se destaca la manera en la que ciertos adultos mayores interpretaban la información en base a sus propias experiencias individuales, notando la existencia de posibles distorsiones cognitivas en los pensamientos automáticos de un adulto mayor en concreto, que se dieron a notar en las entrevistas realizadas. Es importante mencionar que el mismo adulto mayor presentaba ciertas afecciones en el estado emocional.

En la vejez, las personas experimentan una serie de cambios que se dan a nivel biológico, fisiológico, económico, social y psicológico, además de las múltiples experiencias que pueden tener lugar a raíz de esta etapa. Este estadio de vida se la puede considerar como una etapa vulnerable, es por eso que se debe velar por el bienestar en todos los sentidos de los adultos mayores. La importancia de establecer la correlación entre las maneras erróneas de interpretar la información y el estado emocional de un adulto mayor se basa en lograr que el adulto mayor interprete de la manera más adaptativa todos estos cambios que experimenta y así contribuir en su bienestar psicológico.

Los beneficiarios directos del presente trabajo son principalmente el adulto mayor con el que se va a trabajar y la estudiante que realiza el trabajo, dentro de los beneficiarios indirectos se encuentran los familiares y las personas que conviven con el adulto mayor y la comunidad universitaria de la Universidad Técnica de Babahoyo, ya que este trabajo puede servir de material referencial para futuras investigaciones y praxis dado que aporta con las técnicas y procedimientos posibles a utilizar en este tipo de situaciones. Este trabajo presenta una gran factibilidad dado que se tienen las herramientas necesarias para llevarse a cabo y cumplir los objetivos planteados además de una adecuada tutoría que guía el desarrollo del mismo.

Finalmente el tipo de investigación es del tipo correlacional dado que se quiere establecer la influencia de las distorsiones cognitivas en el estado emocional del adulto mayor, se trata de un enfoque mixto porque se analizan e interpretan datos cuantitativos como cualitativos, además de diferentes tipos de recolección de datos tanto cualitativos como cuantitativos.

### **3 Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General**

Determinar la incidencia de las distorsiones cognitivas en el estado emocional de un adulto mayor residente en el cantón Vinces.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Identificar las distorsiones cognitivas que experimenta el sujeto de estudio.
- ✓ Evaluar el estado emocional del adulto mayor en torno a las distorsiones cognitivas que experimenta el sujeto de estudio.
- ✓ Explicar la relación que existe entre las distorsiones cognitivas y el estado emocional del adulto mayor en base a la información obtenida y el trabajo realizado.

### **4 Línea De Investigación**

El presente estudio de caso se realizó en base a los lineamientos establecidos por la Universidad Técnica de Babahoyo en la línea de investigación Clínica y Forense y en la sublínea de investigación Evaluación psicológica Clínica y Forense dado que se va a realizar un proceso de psicodiagnóstico para conocer la incidencia que tienen las distorsiones cognitivas en el estado emocional de un adulto mayor y así tener un diagnóstico presuntivo, además de realizar una propuesta terapéutica en base a la temática señalada.

## 5 Marco Conceptual

### 5.1 Distorsiones Cognitivas

Las Distorsiones cognitivas desde las perspectivas de la Terapia cognitiva (TC) de Beck y la Terapia Racional Emotiva (TREC) de Ellis, se entienden como fallas o errores en la manera en la que se procesa la información recibida del entorno y de los demás, que están asociadas con creencias que realmente no se relacionan al entorno y este error en el procesamiento de información pueden influir directamente en las emociones y en la conducta de la persona (Lluglla et al., 2018).

Naranjo (2020) explica que las distorsiones cognitivas son las que aíslan la realidad que puede ser entorno a una persona, el medio o sí mismo y la etiquetan en base a generalizaciones de las experiencias vividas, que puede estar mal dimensionada presentando una imagen distorsionada e imprecisa de la realidad.

Judith Beck (1995 como se citó en Madrigal, 2018) expone que estos pensamientos o también llamadas creencias que pueden ser del tipo automático o irracionales, depende del enfoque en el que se hable, son resultado de un proceso que se da desde la niñez, específicamente de la primera infancia y se va transformando y direccionando hacia el mundo, otras personas y hacia uno mismo, además de que estas creencias o pensamientos son los que producen determinadas emociones y conductas mas no la situación en sí.

#### 5.1.1 *Esquemas cognitivos y el procesamiento de la información*

Unos de los postulados importantes propuestos por Beck (1976 como se citó en Hernández, 2018) es que la alteración emocional y conductual se produce porque ciertos sucesos que generan estrés activando así los esquemas básicos que se construyen en la infancia y que facilita la organización del material cognitivo. Estos esquemas básicos conocidos como esquemas cognitivos pueden llegar a contener creencias disfuncionales lo que provocaría el incorrecto procesamiento de información.

Los esquemas son organizaciones que representan los conceptos generales, son modelos cognitivos que ayudan con la inferencia de la realidad. Los seres humanos utilizan los esquemas que desarrollan en la niñez y en base a múltiples experiencias para situar, codificar, modificar y otorgar significados a la información del contexto real. (Sánchez et al., 2019).

La Terapia Cognitiva postula que la estructura cognitiva tiene dos niveles, el cual uno es superficial y otro profundo. El primero se trata de los pensamientos automáticos el cuales se los define como cogniciones superficiales y en el segundo nivel se encuentran el material cognitivo que condiciona cómo se estructura el significado, que a su vez comprenden a las creencias intermedias, nucleares y a los esquemas cognitivos (Tron et al., 2017).

Los esquemas cognitivos y las creencias nucleares, a pesar de ser tomadas como lo mismo, difieren en que los esquemas son estructuras y las creencias son los contenidos de dichas estructuras. Por otro lado, las creencias intermedias son procedentes de las creencias nucleares que contienen actitudes, reglas y supuestos y son las que influyen y repercuten en pensamientos automáticos (Diz, 2016).

Para Beck, los esquemas evalúan las experiencias del sujeto en base a una matriz de esquemas que se organizan de manera jerárquica, activándose y creando dos procesos de procesamiento de información, los automáticos y los conscientes, lo que da como principal producto cognitivo a los pensamientos automáticos (Flórez y Jiménez, 2017).

Para tratar de sintetizar de mejor manera, los esquemas cognitivos son los que se han ido formando a lo largo de la vida del sujeto por sus múltiples experiencias vitales, estos esquemas contienen creencias, que pueden ser tanto nucleares como intermedias y estas a su vez pueden ser catalogadas como funcionales o disfuncionales. Situaciones específicas pueden activar los esquemas y en torno al sistema de creencias disfuncionales da como producto cognitivo los pensamientos automáticos.

### **5.1.2 *Pensamientos automáticos***

Para Erazo (2018) los pensamientos automáticos son como diálogos íntimos con nosotros mismos que se pueden presentar en forma de pensamientos o imágenes y se vincula con dinámicos estados emocionales. Estos pensamientos no son fruto de un meditado análisis previo, si no que surgen de manera repentina ante diferentes situaciones o estímulos.

De acuerdo a Beck y Freeman (1995, como se citó en Villarrubia, 2019) los pensamientos automáticos reflejan las suposiciones y creencias de las personas, son incontrolables y son causados por una creencia nuclear. Sus principales características son que los pensamientos automáticos son veloces, dirigidos hacia nosotros mismo, los demás o el entorno y tienen contenido preciso, además son autónomos y se repiten constantemente, no importa la cantidad

de contenido irracional que contenga, para la persona siempre será válido, son de carácter aprendido y algunos se suelen presentar con “deberías”.

Analizando más allá en cómo se relacionan los pensamientos automáticos negativos con las creencias y los esquemas, llegamos a la Psicoterapia Cognitiva que presenta un esquema básico para trabajar las patologías como fue en un inicio únicamente la depresión y después se continuo el estudio con demás trastornos.

Este esquema se lo puede graficar como un triángulo en el que en cada punta se encuentran los pensamientos, emociones y conducta en la que todas tienen una influencia recíproca sobre la otra (Camacho, 2003). Poniendo un ejemplo, una persona piensa “Todo hago mal” al no recibir una nota académica en un examen, corresponde a una cognición, o pensamiento, este pensamiento hará sentir a la persona tristeza lo que equivale a una emoción, lo que puede provocar que la persona no salga de su cama en las próximas dos semanas, lo que simboliza una conducta.

### **5.1.3 Tipos de Distorsiones Cognitivas**

En el trabajo de Victoria et al. (2019) se sintetiza que Beck en un principio propone seis distorsiones cognitivas, las cuales son: Abstracción selectiva, Generalización, Maximización y Minimización, Inferencia Arbitraria, Pensamiento Absolutista y Personalización, pero después, Beck en 1979 junto con Rush, Shaw y Emery, modifican estas distorsiones cambiándoles el nombre y aumentando unas cuantas hasta tener un total de 11 distorsiones cognitivas, las cuales eran: Sobregeneralización, Pensamiento de Todo o nada, Saltar a las conclusiones, Magnificar y Minimizar, Leer la Mente, Razonamiento emocional, Los debería, Etiquetar, Culpabilidad Inapropiada, Descontar lo positivo y Adivinación.

Ruiz y Lujan (1991, citado en Cobeñas y Montenegro, 2018) toman en cuenta 15 distorsiones cognitivas para la elaboración del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) las cuales son las siguientes:

- a) **Filtraje o Abstracción Selectiva.** Visión interpretativa similar a visión de túnel en la que solo se toma en cuenta un lado de la situación que por lo general suele ser el aspecto negativo.
- b) **Pensamiento Polarizado.** Interpretación de situaciones que se basa en los extremos y no en los puntos medios, es un tipo de pensamientos que equivale a “o es blanco, o es negro” no se consideran los grises.

- c) **Sobregeneralización.** Son el tipo de conclusiones que se le otorga a todas las situaciones en base a una única situación, básicamente consiste en conclusiones generales en base a una situación en específico, por ejemplo, el pensar “Todos los hombres son iguales” por tener una mala experiencia con uno de ellos.
- d) **Interpretación Del Pensamiento.** Atribuciones a los sentimientos e intenciones de las demás personas, similar a “leer la mente” pero que no constan de bases sólidas o específicas.
- e) **Visión Catastrófica.** Interpretación de situaciones en las que la persona se adelanta a situaciones que coloca en el peor de los escenarios posibles sin tener concordancia o respaldo de que eso sea posible, puede hablarse de un tipo de dramatización.
- f) **Personalización.** Interpretaciones que se hacen donde se relaciona todo lo que ocurre en el ambiente en torno a uno mismo.
- g) **Falacia De Control.** Se presenta en dos extremos, la persona o bien es responsable de todo lo que sucede a su alrededor o no tiene la responsabilidad sobre ningún aspecto de su vida. “Todo es mi culpa” “Todo es culpa de los demás”
- h) **Falacia De Justicia.** Valoraciones a todo tipo de situaciones que no coincidan o se igualen con nuestros intereses personales como injusto.
- i) **Falacia De Cambio.** Valoraciones en las que las demás personas deben realizar un cambio que sea a favor de nuestros intereses, con el fin de provocar sentimientos de culpabilidad a terceros.
- j) **Razonamiento Emocional.** Creencia sobre que los sentimientos que las persona experimenta tienen total justificación.
- k) **Etiquetas globales.** Se basa en estereotipos.
- l) **Culpabilidad.** La persona atribuye la culpa de sus acciones o bien a sí mismo o únicamente a los demás.
- m) **Deberías.** La persona mantiene reglas rigurosas y severas que se representan con “Debes” o “Tienes” con respecto a cómo debe ser el mundo y al no cumplirse esas reglas que mantiene se produce bastante molestia emocional.
- n) **Tener Razón.** La persona tiene una alta necesidad de comprobarle a los demás que el punto de vista de uno es el que está correcto en cualquier situación de discusión o desacuerdo.



- o) **Falacia de Recompensa Divina.** Consiste en que la persona está esperando que la situación desagradable que está pasando sea resuelta por arte de magia en el futuro, o que será recompensado por una entidad divina cuando pase dicha situación desagradable.

## 5.2 Estado emocional

### 5.2.1 Emoción

Las emociones son algo complicado de definir, se dice que estas son respuestas afectivas de una elevada intensidad, son repentinas, pasajeras y en la mayoría de casos están acompañadas de perturbaciones somáticas en nuestro organismo, además de reacciones conductuales que se rigen a situaciones diversas y que cumplen funciones específicas (Bustamante, 1968, como se citó en García, 2012).

Para Feldman y Blanco (2006, como se citó en Mújica et. al, 2017) las emociones por lo general son de breve duración, son intensas y se relacionan a un determinado estímulo por específico, en contra parte, el estado de ánimo es de mayor duración, menos intensidad y no se asocia a un estímulo específico.

Con frecuencia la manera en la que se diferencian términos como la emoción, el sentimiento, afecto y el estado de ánimo tiene que ver con dos aspectos a considerar, la intensidad y la duración, en la que se considera que la emoción es de menor duración que el sentimiento, y este a su vez es de menor duración que un estado de ánimo, en cuanto a la intensidad, es inversamente proporcional a la duración, por ejemplo, la emoción es la que menos duración tiene de las tres pero es la que mayor grado de intensidad posee (Álvarez, 2013).

En adición, Cavero (2022) explica que desde esta perspectiva podemos decir que las emociones son involuntarias y son las que condicionan nuestras respuestas a los diferentes estímulos del medio y que a su vez, estas respuestas se encuentran unidas a patrones de conductas aprendidos a lo largo de nuestras vidas. Además de esto, Cavero expone que existen emociones positivas, negativas y neutras.

Para Pérez (2016), las emociones tienen 3 funciones de vital importancia:

- a) **Funciones adaptativas.** Es la que nos prepara para llevar a cabo una conducta para cumplir determinados objetivos, con los fines adaptativos, por ejemplo, el miedo-ansiedad emite respuestas de protección o sorpresa, activando nuestro sentido de pelea-huida o necesidades de exploración, entre otras.
- b) **Funciones Sociales.** La expresión de las emociones es de vital importancia en procesos de relaciones interpersonales, dado que esta nos permite y le permite a los demás predecir e interpretar la conducta que se da a raíz de ciertas situaciones. Dentro de sus funciones sociales se destaca: abrir la puerta a una interacción social, manejar nuestra propia conducta y potenciar la comunicación
- c) **Funciones Motivacionales.** La relación entre conducta y motivación se da debido a que una conducta que tiene una gran carga emocional se ejecuta con mayor determinación, guía la conducta más lejos o cerca del objetivo propuesto.

Podemos decir, entonces, que un estado emocional corresponde a varias reacciones de carácter orgánico y anímico que vienen acompañadas de repuestas conductuales, fisiológicas y psicológicas, en el cual, dependiendo de la intensidad y la duración hablamos de sentimiento o estado de ánimo (Castro, 2021).

### **5.2.2 Tipos de emociones.**

Se ha determinado la existencia de seis tipos de emociones primarias, las cuales no se pueden catalogar como buenas o malas ya que dependerá de las experiencias de cada individuo y del presente en el que se toma en cuenta la edad, la experiencia y el contexto sociocultural de la persona; estas emociones primarias son: miedo, repudio, sorpresa, alegría, ira y tristeza (Goleman, 1995, como se citó en Hernández et. al, 2021).

En la obra de Hernández et al. (2021) se expone que las emociones secundarias que en contraste con las emociones primarias, éstas son aprendidas a lo largo del ciclo de vida, es decir que son sociales, se aprenden a raíz de la interacción con la sociedad y se componen de 2 emociones, por ejemplo. “los celos surgen del miedo, ira y tristeza”.

Las emociones primarias son más de carácter reactivo, esto quiere decir que nos hacen reaccionar, por ejemplo el miedo, pero por otro lado, las emociones secundarias son más de carácter anticipatorio como puede ser la ansiedad, ya que prevé por un miedo que no existe o no está pasando en el momento. En adición, las emociones primarias son aquellas que son de

fuerte intensidad pero de corto tiempo y las emociones secundarias tienen una menor intensidad pero mayor duración (Nolasco y Domingo, 2019).

Desde otra perspectiva, de acuerdo a Russel y Carroll (1999, como se citó en Cifre et al., 2017), las emociones se las pueden conceptualizar en base a 2 dimensiones: la valencia emocional, que la cataloga como agradable o desagradable y la activación emocional que las clasifica como alta y baja, lo que da como resultado al modelo dimensional donde ubica a las emociones en cuatro cuadrantes:

- 1) Emociones Negativas de Alta Activación: la ansiedad
- 2) Emociones Positivas de Alta Activación: entusiasmo
- 3) Emociones Negativas de Baja Activación: depresión
- 4) Emociones positivas de Baja Activación: confort

### ***5.2.3 Psicopatología de las Emociones.***

**Ansiedad.** En un estudio de Tobal y Cano (2002) la ansiedad es analizada desde las emociones, donde se la considera una emoción universal y se presenta cuando percibimos una situación como peligrosa o amenazante, sin importar si la amenaza que percibimos es real o ficticia y nos prepara con una respuesta de conducta con fines adaptativos, dado que actuamos con una acción de enfrentamiento para tal situación amenazante. También este autor aclara que, dado a varias investigaciones, la ansiedad corresponde a unas respuestas que contiene aspectos cognitivos displacenteros de tensión, aspectos fisiológicos y motores.

Por otro lado, la ansiedad se vuelve patológica cuando se produce una respuesta subjetiva emocional excesiva y desmedida en base a la situación real objetiva, y como mencionábamos, desde los aspectos cognitivos que componen la respuesta y el origen de la emoción, aparecen valoraciones distorsionadas, lo que provoque una errónea evaluación de la amenaza (Díaz y De la Iglesia, 2019).

Una ansiedad patológica está acompañada de diversos signos que podemos identificar por nosotros mismos como la inquietud, problemas para relajarnos, sudoración, mareos, problemas intestinales como diarrea, problemas de sueño, irritabilidad, dolores de cabeza, sentimiento constante de preocupación y estado de alerta, entre otros síntomas, además de afecciones que se dan en nuestro entorno familiar, social, laboral, entre otras (Gómez, 2020).

**Depresión.** La tristeza o depresión como emoción, citando a Tobal y Cano (2002) es un estado que presenta malestar y corresponde a una emoción básica displacentera que se caracteriza por la melancolía, y surge a raíz de ciertas situaciones que nos producen desesperanza o decepción. La tristeza corresponde a una de las emociones básicas universales, la cual tiene una función adaptativa a las respuestas de las personas ante adversidades propias de la vida.

Si bien, para Tobal y Cano a la tristeza se le puede acuñar el término “depresión”, para Benavides (2017) la tristeza a la que se le puede adjudicar este término es a la que denomina como tristeza patológica, que es aquella que surge sin razón aparente o que tiene relación con la intensidad y duración en relación al hecho desencadenante y en vez de generar acciones o conductas adaptativas, produce lo contrario. Benavides mantiene una postura en la que la depresión es vista como una afección del estado de ánimo, más no como una emoción primaria, pero es aquí donde parte la discusión sobre la depresión como emoción.

Al igual que la ansiedad, vista como emoción básica, cuando ésta se produce de manera desmedida, donde se involucran factores cognitivos, fisiológicos y conductuales desadaptativos, llega a manifestarse como una patología emocional, podemos decir lo mismo de la depresión-tristeza.

La depresión patológica corresponde, al igual que la ansiedad patológica explicada, a un síndrome clínico que se vincula con manifestaciones en aspectos de los que ya hablamos en la ansiedad, como son cognitivos, fisiológicos y conductuales. En el aspecto cognitivo se evidencia un estado de ánimo triste, además de problemas para concentrarse, sentimientos de culpabilidad e incluso ideaciones suicidas. A nivel fisiológico se puede observar aumento o pérdida de peso y de apetito, trastornos del sueño, entre otros, y a nivel conductual lo que más lo caracteriza es el abstenerse a realizar actividades (Tobal y Cano, 2002).

La depresión patológica corresponde a una afección del estado de ánimo en el que hay fijación de la emoción de la tristeza, sin embargo, la constante tristeza no es suficiente para poder determinar o diagnosticar la presencia de depresión patológica o el síndrome de la depresión, dado que se compone de varios signos y síntomas, y para poder fundamentar la existencia de este trastorno como tal, se debe fundamentar en los criterios diagnósticos de DSM-V o CIE-10 y realizar el diagnóstico diferencial si es necesario.

## 6 Marco Metodológico

### 6.1 Tipo de Investigación

El presente estudio de caso pertenece al tipo de investigación correlacional, que de acuerdo a Sampieri y Mendoza (2020) es un tipo de investigación cuyo fin es establecer una relación o vínculo entre conceptos, fenómenos o variables. En este caso, se quiere conocer cuál es la relación que existe entre la variable independiente, las cuales son las Distorsiones cognitivas, y la variable dependiente, la cual refiere a el Estado Emocional.

### 6.2 Enfoque de Investigación

El presente trabajo corresponde a un enfoque de investigación mixto dado que en base a lo que explica Sampieri y Mendoza (2020) este tipo de enfoque incorpora procesos estandarizados, jerárquicos, sistemáticos de datos de naturaleza tanto cuantitativa como cualitativa, así también como el análisis e interpretación de las mismas para abarcar el objeto de estudio fijado, proceso que se está realizando en el presente trabajo a través de entrevistas, observaciones y la aplicación de diferentes reactivos orientados a los objetivos de la investigación.

### 6.3 Técnicas e Instrumentos de Evaluación

#### 6.3.1 Técnicas

**Entrevista Semiestructurada.** La entrevista semiestructurada en base a los autores citados anteriormente, es una entrevista que está compuesta de preguntas tanto cerradas, que se pueden basar en una guía, como de preguntas abiertas que pueden nacer a medida que va desarrollándose la entrevista para conseguir más información sobre un tema en específico o que llamó la atención del entrevistador (Hernández y Mendoza, 2020).

Otros autores, como por ejemplo, Arias (2020) las consideran entrevistas a profundidad, cuya naturaleza es propia de las ciencias humanas, y señala que en esta técnica el entrevistado debe expresar sus molestias, perspectivas, anhelos, emociones en torno a la problemática planteada, dado que se da lugar en un espacio de confianza, empatía y respeto.

**Observación.** La observación cuenta como un tipo de técnica cualitativa, que consiste en detallar y examinar diversas situaciones, ambientes, patrones de conducta haciendo énfasis en los factores que los provocan, también nos permite analizar los sucesos que están pasando en tiempo real en relación con el objeto de estudio (Hernández y Mendoza, 2020).

En este trabajo se utiliza la observación no participante, del tipo directo, ya que esta, según describe Arias (2021) es el tipo de observación en la que el entrevistador no se involucra en los fenómenos de estudio y trata de que su presencia no influya en el fenómeno además de obtener la información directamente desde su experiencia.

**Técnicas Psicométricas.** Las técnicas psicométricas son formas de cuantificar los fenómenos psicológicos, conductuales, emocionales propios de las personas, para que puedan ser analizados e interpretados en base a criterios que los rigen, como pueden ser criterios de validez, confiabilidad y objetividad, además de lograr estandarizar los resultados (Rodríguez, 2007, como se citó en Gómez, 2017).

### 6.3.2 Instrumentos

**Cuestionario de preguntas abiertas.** Cuestionario preguntas que están orientadas a indagar el motivo de consulta además de identificar las distorsiones cognitivas que presenta el paciente y en conforme a qué situaciones, además de introducir el tema de las distorsiones cognitivas en la entrevista inicial realizada al paciente.

**Historia Clínica.** La historia clínica es aquella que nos permite conocer aspectos importantes de la vida del paciente, desde el nacimiento hasta el momento actual de su vida, conteniendo información como los datos generales, desarrollo en la niñez, relaciones con padres y pares, historia laboral, adaptación social, afectividad y psicosexualidad, la existencia de hábitos, hábitos de alimentación y sueño, historia médica y legal, proyecto de vida, además de toda la sintomatología actual que presenta para así poder desarrollar y elaborar un respectivo diagnóstico.

**Ficha de Observación.** La ficha de observación nos permite llevar a cabo un registro mientras estamos en contacto con el paciente, esta dispone de varios campos en los que tendremos que dirigir mayor atención por ejemplo, la descripción física y vestimenta, identificar si el paciente mantiene buen aseo, si la ropa está adecuadamente acomodada, si se presenta o no descalzo. Otro aspecto a evaluar en la ficha de observación es la descripción del ambiente, si hay objetos, sonidos o situaciones que puedan interferir con la atención del paciente durante las entrevistas y aplicación de pruebas. Finalmente, también se pone especial atención en el comportamiento del paciente, si se presenta inquieto, distraído, si mueve los brazos y piernas como signo de nerviosismo, la postura entre otros comportamientos que se pueden presentar dado que son indicadores importantes que suman al diagnóstico final.

**Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan (1991).** El Inventario realizado por Ruiz y Lujan en 1991, México, que fue utilizado aquí en el Ecuador y validado internamente por Stefanie Lluglla (2016) y Kevin Naranjo (2020) en sus respectivos trabajos, indican que el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) es un instrumento psicométrico que sirve para reconocer los pensamientos automáticos los cuales son los principales causantes del malestar emocional.

Estos pensamientos automáticos se encuentran agrupados en 15 distorsiones cognitivas las cuales son: Pensamiento Polarizado, Sobregeneralización, Razonamiento emocional, Filtraje, Interpretación del pensamiento, Visión Catastrófica, Pensamiento Polarizado, Falacia de Justicia, Falacia de Control, Los debería, Etiquetas globales, Culpabilidad, Personalización, Falacia de cambio y Recompensa divina. El test se lo puede aplicar a partir de los 12 años en adelante, consta de 45 ítems y la prueba tiene una duración de entre 40-45 min.

**Registro de Pensamientos Automáticos de Judith Beck.** El registro de pensamientos automáticos realizado por Judith Beck en 1995 consiste de una tabla de registro en el que se señala que la información que se va a colocar en dicha tabla son los pensamientos automáticos que se tienen en el día, puntualizando en la hora, indicando en qué situación en específica surgieron, a raíz de que evento, información vista, etc., además de la emoción desagradable que se generó el nivel de intensidad, el tipo de respuesta adaptativa donde el paciente se pregunta a sí mismo cuanto cree en ese pensamiento automático negativo y el resultado que se anota después de haberse planteado que tan real es el pensamiento automático, que tanto se cree en el presente en ese pensamiento y que hará o hizo el paciente para superar el malestar emocional en base a ese pensamiento.

Este instrumento, en vez de ser utilizado como parte de la terapia cognitivo conductual, fue adaptado para la aplicación y recolección de los datos del adulto mayor en cuanto a los pensamientos automáticos que tiene el adulto mayor conforme a determinadas situaciones de su día a día pero manteniendo la esencia del instrumento. En la adaptación elaborada, se mantuvo los datos para anotar el día y la fecha, los pensamientos que surgen en una determinada situación y por último la casilla de las emociones donde el adulto mayor o bien puede, pintar del color asignado la emoción que experimenta o pegar figuraras representativas previamente seleccionadas.

**Inventario de Depresión de Beck.** Este instrumento fue elaborado por Aaron Beck en 1996 para medir o comprobar la presencia de signos y síntomas depresivos en el paciente y la

severidad de los mismo en las dos últimas semanas, está conformado por 21 ítems y la forma de respuestas se lo cataloga en escala de Likert del 0 al 3.

Entre los signos y síntomas que mide el instrumento se encuentra la presencia de tristeza, niveles de pesimismo y desamparo, la pérdida de placer, interés y energía en la realización de actividades, sentimientos relacionados con la culpa y castigo, disconformidad con uno mismo, los niveles de autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, la presencia de llanto, entre otros. Este instrumento fue utilizado en el paciente sujeto de estudio dado que el inventario de Beck también mide la presencia de pensamientos automáticos, además de la demás sintomatología relacionada con la depresión para tener toda la información importante para aportar en el diagnóstico presuntivo del paciente.

**Mini Examen del Estado Mental.** El test modificado, adaptado y avalado para la versión en castellana por Reyes et al. en 2004 y utilizado por el Ministerio de Inclusión Económica y social (MIES) junto con la Subsecretaría de Atención Intergeneracional Dirección de la Población Adulta Mayor principalmente para conocer el grado de déficit cognitivo que puede estar presente en los adultos mayores, dado que permite la exploración del estado mental a través de áreas como la atención, la orientación en tiempo y espacio, la memoria y memoria diferida, atención y cálculo repetición, comprensión, lectura y escritura (Bonifaz y Torres, 2017).

**Escala de depresión Geriátrica de Yesavage.** El test utilizado en el presente estudio de caso se trata de una versión abreviada y validada al castellano por Sheik en 1986, utilizada por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y la Subsecretaría De Atención Intergeneracional Dirección De La Población Adulta Mayor cuyo fin es conocer los aspectos presentes en el adulto mayor relacionadas con la depresión.

Consta de 15 ítems y las respuestas se basan en “Sí” y “No”. La administración de la prueba está entre 10 y 15 minutos. Se la utilizó además del Inventario de Beck dado que es una prueba más dirigida a adultos mayores, de fácil administración, sencilla, rápida y para reafirmar la presencia de síntomas cognitivos y emocionales relacionados con la depresión.



## **7 Resultados Obtenidos**

### **7.1 Descripción del Caso**

El presente trabajo se trata de un estudio realizado con un adulto mayor de 73 años de edad que reside en el cantón Vinces desde hace más de 50 años, donde formó una familia y engendró 4 hijos que en la actualidad son adultos funcionales.

El adulto mayor expresa que en el último mes se ha sentido particularmente triste, con un desánimo constante sin deseo de realizar actividades que antes solía realizar y le causaban mucha satisfacción, días en los que se levanta y se siente más cansado de lo normal, días en los que se siente triste sin aparentemente una razón detrás.

Actualmente vive solo, sin embargo expresa que no siempre fue así, ya que fue hasta 2018 que vivió junto a su pareja conyugal, una de sus hijas menores y su nieta, dado a una discusión que terminó en agresión física y verbal por parte del paciente y de la hija menor, causando así la ruptura de la convivencia entre las partes.

Ese mismo, año, a raíz de la ruptura previamente mencionada, el adulto mayor logra montar su negocio propio, tratándose de una despensa donde vendía una serie de artículos para el hogar y alimentación, pero desafortunadamente el negocio tuvo que cerrar dado a la pandemia de Covid-19 que surgió en el año 2020.

En el año de la pandemia, el adulto mayor vivió solo pero manteniendo contacto con la ex conviviente y su hija, dado que ellas le proporcionaban la comida y pasaba la mayor parte del día en la vivienda de ellas. Una vez terminada la pandemia el adulto mayor vuelve a su rutina anterior, sin cortar el vínculo recuperado con su ex conviviente y la hija, sin embargo hace un mes, cuando el adulto mayor le propone a su ex conyugue que regrese a la vivienda, esta lo rechaza causándole una crisis en la que se ha “Replanteado” muchos aspectos de su vida, generándole un sentimiento de vacío y desesperanza, desgano y desanimo, dejando de realizar actividades que antes disfrutaba y experimentar un ligero aislamiento de su vida social. También se detectaron presencias de distorsiones cognitivas ligadas a diferentes situaciones que tenía el adulto mayor durante su día a día que incrementaban y lo mantenían en ese estado de malestar.

### **7.2 Sesiones**

### **7.2.1 Primera Sesión**

La primera sesión se realizó el Miércoles 15 de febrero del presente año, aproximadamente a las 10 horas y treinta minutos de la mañana con una duración aproximada de 30 min donde se llevó a cabo la entrevista inicial que se realizó con varias preguntas que permitieron socializar y conocer el motivo de consulta. El adulto mayor expresó sentirse desganado, con poca energía y cansado. Se aplicó una ficha de observación en la que consta que el paciente se encontraba con aspecto un poco descuidado, desaliñada y despeinado, se le notaba ansioso y nervioso, en cuanto a la postura se encontraba encorvado en el asiento.

La primera sesión fue bastante breve dado que se quería asentar las bases en las que se iba a trabajar y si la sintomatología del paciente concordaba con la temática planteada en el presente estudio de caso. Se llegó a un acuerdo con el paciente sobre la forma de trabajar, se acordó un horario de trabajo a las 8 horas de la mañana con una duración estimada de mínimo 40 min y máximo 1 hora. El paciente se presentó de acuerdo a los parámetros establecidos.

### **7.2.2 Segunda Sesión**

La segunda sesión se llevó a cabo el Lunes 20 de febrero del 2023 a las 8 horas de la mañana con una duración de 1 hora aproximadamente en la cual se realizaron preguntas basadas en un cuestionario previamente elaborado para conocer como se había sentido la últimasemana el adulto mayor, sobre si había tenido pensamientos negativos que le hayan causado malestar y sobre si conoce lo que son las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos, posterior a eso se llevó a cabo una breve explicación sobre lo que eran y se le explicó sobre el instrumento de registro de pensamientos automáticos de Judith Beck que iba a utilizar para poder identificar esos pensamientos automáticos y anotarlos para la siguiente sesión y hacer retroalimentación de los mismo

Se aplicó una ficha de observación en la que se plasma que el adulto mayor se encontraba con mejor aseo personal, bien aseado, perfumado y peinado, la ropa bien pulcra y los zapatos bien lustrados, algo en lo que hizo énfasis. Se mostró menos cohibido pero el tono de voz era bajo y con cierto desánimo. La postura se notaba desganada y encorvada.

Se realizó parte del llenado de la historia clínica referente a la historia personal y cuadro psicopatológico en la cual el adulto expresó diferentes situaciones que le habían pasado a lo largo de su vida, en la que se pudo identificar episodios de profunda tristeza a raíz de esas

situaciones que tuvo que enfrentar a lo largo de su vida tanto con su familia nuclear como en la familia de origen, llegando a la actualidad donde presenta ciertos pensamientos de culpa, inutilidad, soledad, desvalorización personal causando tristeza en el adulto mayor que expresa como “Todo es mi culpa”, “No valgo nada”.

Se llevó a cabo la aplicación de la escala Geriátrica de Yesavage que como es un instrumento de rápida aplicación el paciente no tuvo problema con contestar las últimas preguntas que se le harían en la sesión, además de que solo tenía que responder Sí o No para lo cual se mostró accesible. La duración de la sesión se dio a que el adulto mayor mostró mucha predisposición dado que le gusta conversar y expresa que “No suelo conversar sobre mi vida con nadie, nadie me hace estas preguntas” y mostró su agrado a las actividades realizadas.

### **7.2.3 Tercera Sesión**

La tercera sesión se realizó en Lunes 27 de Febrero del 2023 con una duración de 45 min, donde se inició con la revisión y retroalimentación del primer registro realizado en la primera semana de trabajo con el adulto mayor, donde el paciente anotó pensamientos en base a diferentes situaciones que vivió en la semana y se realizó una intervención en la que se hablaban sobre dichos pensamientos para aliviar el malestar emocional.

Después del diálogo se procedió a realizar preguntas sobre la historia personal del paciente, como la anamnesis, la escolaridad, la historia laboral, los pasatiempos que antes realizaba y le gustaba realizar, además de conocer cuales ha dejado de realizar. Se preguntó aspectos sobre su afectividad, los tipos de hábitos que mantenía donde expresó que toma café 2 o 3 veces al día. Se conoció más sobre el historial médico donde expresó que sufre de diabetes e hipertensión y ha tenido múltiples operaciones en la extremidad inferior derecha, lo que le provoca dificultades para caminar. Menciona también que las últimas semanas en las que se ha sentido con desánimo ha dejado de realizar actividades que solía hacer normalmente, como salir a caminar, ver su serie favorita que aclaró que es “Bonanza”, o salir a conversar con unos “Compadres” que tiene dado que no sentía ganas de hacerlo ni de convivir con esas personas, porque “No motivación” para realizarlas.

También se realizó la aplicación del Inventario de Pensamientos automáticos (IPA) en la que el adulto mayor no mostró dificultades para responder a las preguntas realizadas en base a ese instrumento.

#### **7.2.4 Cuarta Sesión**

Se realizó la cuarta sesión el lunes 6 de Marzo del 2023 a las 8 horas de la mañana que duró aproximadamente 55 minutos, se llevó a cabo la debida socialización sobre el registro de pensamientos automáticos de la segunda semana de trabajo. Posterior a eso se realizó la aplicación del Inventario de depresión de Beck que también mide la presencia de pensamientos automáticos, además de los demás indicadores de síntomas depresivos.

Se le propuso al paciente realizar una de las actividades que había dejado de realizar, dado que para la cuarta sesión el paciente se encontraba menos desmotivado y más participativo que las sesiones anteriores. También se procedió con la aplicación del Inventario de pensamientos automáticos.

#### **7.2.5 Quinta Sesión**

La quinta sesión se realizó el Viernes 10 de Marzo del 2023 a las 8 horas de la mañana, realizándose antes dado a que se realizó la devolución del diagnóstico presuntivo al paciente. Se realizó la retroalimentación de los pensamientos que había colocado en la tercera semana de trabajo con el registro de pensamientos automáticos, donde se pudo evidenciar que el adulto mayor había anotado una de las actividades que retomó que consistía en ver su serie favorita. Se lo incentivó a realizar más actividades que sean de su agrado y el retorno de actividades que solía realizar.

### **7.3 Situación Detectadas**

A través de las sesiones que se realizaron, las técnicas de recolección de datos y los instrumentos utilizados encontraron las siguientes situaciones:

En base a las respuestas que se obtuvieron del cuestionario de preguntas abiertas que se aplicó en la primera sesión y segunda sesión, el adulto mayor expresa que se siente triste parte del tiempo, que no pasa bien la mayoría de días del último mes, no siente mayor motivación para realizar actividades que antes disfrutaba realizar, además de la presencia de diferentes pensamientos que el expone que lo hacen sentir mal.

Por medio de la entrevista clínica y llenado de la Historia clínica del paciente, se pudieron identificar situaciones que ve que influyen en el bienestar del adulto mayor, como la imposibilidad de trabajar, habiendo sido una persona activa laboralmente en su juventud y la inestabilidad económica que trae consigo esta dificultad, las relaciones distantes y conflictivas

que expresa tanto con la ex conviviente como con sus hijos, las enfermedades que padece como son la diabetes e hipertensión, lo que le provocan sentimientos de inutilidad y soledad.

Con la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage que se aplicó en la segunda sesión se obtuvo un puntaje de 8 puntos lo que lo ubica en una categoría diagnóstica de Probable depresión. En cuanto al Inventario de depresión de Beck, aplicado en la cuarta sesión se obtuvo un puntaje de 19 puntos, lo que lo ubica en una categoría diagnóstica de Depresión Leve.

Por otro lado se aplicó el Mini examen del estado Mental para evaluar las habilidades cognitivas del adulto mayor en el cual obtuvo un puntaje de 30 puntos lo que lo ubica en una categoría diagnóstica de normal, lo que indica que el adulto mayor no padece ningún tipo de deterioro más allá del normal propio de la edad, ni algún tipo de demencia.

Con la aplicación del Inventario de Pensamientos automáticos se pudo evidenciar la constante presencia de pensamientos automáticos del tipo Interpretación del Pensamiento, Los debería y la falacia de recompensa divina. También se detectó con el test, la presencia de distorsiones cognitivas del tipo falacias de control, el tener razón, Sobregeneralización en menor medidas que las anteriores.

Finalmente, con el registro de pensamientos automáticos se propuso demostrar esos pensamientos automáticos que presentaba el adulto mayor en torno a las situaciones del día a día y que emoción le generaba, lo cual se pudo concluir en pensamientos tales como: “Siempre me sentiré así” “Sé que piensan mal de mí”, “Deberían darme más cariño”, “Todo hago mal”, “Siento que me mienten”, “Debería cambiar su actitud”, “No valgo nada” lo que producía en el paciente una gran tristeza y ciertas ocasiones enojo.

A lo largo de las sesiones se analiza la información obtenida por medio de la entrevista clínica y la observación donde se presenta la siguiente sintomatología: estado de ánimo bajo, disminución de energía y días en los que suele despertar cansado, pérdida de interés o la capacidad de disfrutar de actividades que antes disfrutaba, una disminución en el autoestima y sentimientos de desamparo y soledad. Se encontraron afecciones en las siguientes áreas:

**Cognitivo.** Distorsiones cognitivas como “No valgo nada”, “Todo hago mal” “Deberían tratarme mejor”, “Dios va a recompensar todo lo que he sufrido”, entre otros ya mencionados, bajo autoconcepto, culpabilidad. **Emocional.** Experimenta tristeza constante y humor depresivo y tristeza constante en la mayoría de los días, sentimientos de desamparo. **Conductual.** Dejar de realizar actividades que antes eran parte de sus actividades de ocio y

tiempo libre que antes le provocaban mucha satisfacción al realizarlas. Aislamiento social. Retraimiento. **Social.** Aislamiento, falta de interés en la interacción social.

Lo que nos da como diagnóstico presuntivo, en base a las afecciones mencionadas, al Episodio Depresivo Leve sin síntomas somáticos (F32.00) de acuerdo a los criterios diagnósticos del CIE-10.

#### 7.4 Soluciones Planteadas

**Tabla 1**

*Propuesta de Esquema terapéutico a través del enfoque de la Terapia Cognitivo Conductual*

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Resultados Esperados
<b>ÁREA COGNITIVA</b> Distorsiones cognitivas: “Todo hago mal”, “Deberían Cambiar su actitud”, “Siento que me mienten”, “Sé que piensan mal de mí”	Identificar las distorsiones cognitivas y lograr un cambio mediante la comprobación de veracidad de los pensamientos automáticos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psicoeducación</li> <li>Reestructuración cognitiva por medio de la examinación de evidencias y la técnica de la fecha ascendente</li> </ul>	3	Que el adulto mayor logre identificar los pensamientos distorsionados y pueda identificar que tan reales son.
<b>ÁREA EMOCIONAL</b> Tristeza y angustia	Modificar el estado emocional negativo a través de la modificación cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>Detención del pensamiento</li> </ul>	3	Que el adulto mayor logre detener el flujo de pensamientos que causan malestar emocional.
<b>ÁREA CONDUCTUAL</b> Falta de interés, motivación y placer en la realización de actividades que antes formaban parte de sus actividades de ocio y tiempo libre.	Lograr que el adulto mayor retome actividades abandonadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Activación conductual a través de una programación de actividades y monitorización del estado de ánimo</li> <li>Sistema de recompensas</li> </ul>	2	Que el adulto mayor retome actividades que antes solía disfrutar y que se complemente con un sistema de recompensa que lo motive a seguir realizándolas.

*Nota.* Esquema terapéutico propuesto en base a las situaciones detectados en el sujeto de estudio.

## 8 Discusión de Resultados

En los resultados de este estudio de caso se considera y resaltan varios aspectos importantes en relación con la temática estudiada. A través de la revisión de varias fuentes bibliográficas y citando a diversos autores y la praxis psicológica llevada a cabo, se puede evidenciar que existe impacto en la variable dependiente desarrollada, que equivale al estado emocional.

Abordándolo desde la influencia que tienen las distorsiones cognitivas en el estado emocional, conocemos que desde la postura de Aaron Beck, las distorsiones cognitivas son esas fallas en la manera en la que se interpreta la información que recibimos al relacionarnos con nuestro entorno y los demás, estas se presentan a través de pensamientos automáticos que son los que producen una respuesta ya sea tanto del tipo conductual como emocional, queriéndose destacar este último aspecto en el presente trabajo.

Las distorsiones cognitivas producen respuestas emocionales desagradables, las cuales pueden ser la ira, el miedo o la tristeza, y la duración e intensidad de dichas emociones son capaces de determinar si se trata de un sentimiento o de un estado de ánimo, dado así que autores como Tobal y Cano llaman directamente la emoción de miedo como ansiedad y la emoción de tristeza como depresión, sin embargo, estas no se deben confundir con las patologías conocidas coloquialmente con el mismo nombre.

Es importante destacar que en el paciente se evidencia la presencia de varias distorsiones cognitivas, que están dirigidos hacia él como "No valgo nada" o "Nada hago bien" o hacia personas de su entorno "Sé que me mienten" o "Deberían tratarme mejor" entre otras que le generan respuestas emocionales como tristeza y enojo, predominando la presencia de un estado emocional triste que afectaron en su conducta, dejando de realizar actividades que eran parte de sus ocupaciones favoritas de ocio e incluso perdiendo el interés en las relaciones sociales que antes no se veían afectadas.

Bustamante nos explica que varias son las situaciones que pueden crear respuestas emocionales, dado que somos individuos que biológica, social y culturalmente estamos predispuestos a reacciones emocionales, las emociones son parte de la vida y es algo que no puede reprimirse o evitar. No todas las emociones son placenteras y una de ellas como lo es la tristeza, es la que está más presente en el sujeto de estudio.

En el adulto mayor se identificaron que estas situaciones que le provocan pensamientos distorsionados, causándole a su vez, malestar emocional, son escenarios que están ligados con las enfermedades que padece, la imposibilidad de trabajar dado a la falta de recursos y la inestabilidad económica, un vínculo indiferente, hostil y deteriorado con 3 de sus 4 hijos, y el sentimiento de soledad que se dio al no poder recuperar el vínculo conyugal son las situaciones presentes que activan los sistemas de creencias generando estos pensamientos automáticos de manera maximizada ante situaciones que no se relacionan.

No obstante, la presencia de distorsiones cognitivas que produzcan alteraciones emocionales ligadas con la tristeza en el paciente, no es suficiente para determinar la existencia de una patología, dado que todos podemos tener distorsiones cognitivas en algún punto de nuestra vida en base a nuestras creencias que venimos formando y estructurando desde que nacemos y estas generarnos una reacción emocional sin atribuirlo a un trastorno.

La existencia de diferentes y determinados comportamientos, pensamientos y sentimientos son los que pueden comprobar la presencia de una patología, por lo que al realizar un proceso de psicodiagnóstico se pueden identificar y analizar el conjunto de elementos que pueden atribuir a un síndrome específico, generando un diagnóstico presuntivo.

En el adulto mayor, se identificó las diferentes afecciones a nivel cognitivo, social, conductual y emocional que en base a los criterios del CIE-10 nos da como un diagnóstico presuntivo de un Episodio Depresivo Leve sin Síndrome Somático (F32.00), sin embargo, al no recibir ayuda profesional adecuada o en un tiempo prudente, es posible que este trastorno se agrave trayendo consigo ideaciones suicidas dado que hay cierta predisposición o incluso aparezcan otras patologías por lo cual se sugiere un posible plan de tratamiento psicoterapéutico que se puede trabajar con el paciente en cuestión para mejorar su estado de salud mental.



## 9 Conclusiones

Las distorsiones cognitivas presentes en el adulto mayor que se pudieron identificar por medio de la entrevista clínica y la aplicación de los diversos instrumentos para la evaluación de esta variable comprendían desde distorsiones ligadas a pensamientos de culpabilidad e inutilidad, autorreproche y bajo autoconcepto hasta distorsiones de “Interpretación del pensamiento”, “Sobregeneralización”, “Los deberías” y “Falacias de control” que surgieron de una manera no congruente en cuanto a las situaciones comentadas por el adulto mayor, dándole mayor peso negativo a la situación de lo que realmente significaba.

En cuanto a la evaluación del estado emocional del adulto mayor con referente a las distorsiones cognitivas, se mostró que las distorsiones mencionadas anteriormente provocaban en el adulto mayor emociones de tristeza e ira, que se prolongaban por una gran parte del día, sobre todo la emoción de la tristeza, lo que lo convertía en un estado de ánimo, dado que su duración era bastante larga pero la intensidad disminuía a medida que transcurrían las horas.

Dentro de la evaluación del estado emocional, además de presentar afecciones en la parte cognitiva y emocional como ya se ha mencionado, también se encontraron afecciones en la conducta del adulto mayor donde se destaca la pérdida de placer al realizar actividades que antes disfrutaba realizar, aislamiento social y nulo interés en la interacción social. El conjunto de estos hallazgos resulta en un diagnóstico presuntivo en base a determinados criterios.

Las distorsiones cognitivas no son capaces de producir un trastorno, dado que en el adulto mayor lo que le provoca la patología son las diferentes situaciones que vive, como factores económicos, factores generales de salud, la edad evolutiva en la que se encuentra y factores familiares además de toda la sintomatología que presenta, pero por otro lado si se los puede considerar como factores mantenedores para la patología presente, ya que “alimenta” y/o agrava la sintomatología existente o contribuye con la producción de pensamientos negativos que afectan multidimensionalmente al adulto mayor.

Para finalizar, el hecho de que se haya llegado a la conclusión de un diagnóstico que no es aparentemente grave en el paciente, no significa que este no puede cambiar con el paso de tiempo si no recibe una ayuda especializada, por eso mediante la prevención se busca mejorar la condición actual del adulto mayor además de evitar situaciones futuras que amenacen con su bienestar integral.

## 10 Recomendaciones

Se recomienda trabajar con el adulto mayor principalmente en el área cognitiva dado a la presencia de múltiples distorsiones cognitivas de una manera que sea agradable y práctica y no cansada, dado que al ser un adulto mayor lo imprescindible es no causar estrés por sobrecarga de actividades a realizar.

Para trabajar la activación conductual en el adulto mayor, se recomienda considerar las actividades favoritas del adulto mayores, la cual en el caso a tratar es salir a caminar y ver la serie “Bonanza” y “Daniel Bum” y priorizarlas aunque no dejarlas como las únicas alternativas, dado que también se sugiere incluir la vinculación al plan nacional para adultos mayores de “Abriendo caminos II” que opera en la ciudad de Vinces, para motivarlo al adulto mayor a la interacción social.

Finalmente, con el fin de prevención en el adulto mayor, se recomienda trabajar con el paciente en un lapso de tiempo no tan lejano, para evitar que la sintomatología presentada se agrave produciendo mayores afecciones en el adulto mayor como deterioro cognitivo o la aparición de ideas o conductas suicidas que amenacen con su bienestar integral.

## 11 Referencias

- Álvarez, J. (2013). La Trsiteza y sus matices. *Revista en Línea, temas de psicoanálisis*, 6, 1-141.
- Arias Gonzáles, J. (Junio de 2021). *Diseño y Metodología de la Investigación*. Repositorio CONCYTEC: <http://hdl.handle.net/20.500.12390/2260>
- Arias Gonzáles, J. L. (Diciembre de 2020). *Técnicas e instrumentos de investigación científica*. CONCYTEC, Perú. Repositorio CONCYTEC: <http://hdl.handle.net/20.500.12390/2238>
- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista Puce*(105), 171-188. <https://doi.org/2528-815>
- Bonifaz Guerrero, J., & Torres Obando, F. (2017). *Repositorio de Tesis de Grado y Posgrado*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12996>
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Buenos Aires.
- Castro Izquierdo, S. (15 de Diciembre de 2021). Estado emocional y su relación con el Rendimiento académico en estudiantes de 8 a 12 años de edad en el cantón Durán durante la pandemia (covid-19). *Informe de Investigación Previo a la obtención del Grado: Magister en Psicología, Mención Neuropsicológica del Aprendizaje*. Universidad Estatal de Milagro, Milagro. UNEMI. Universidad Estatal de Milagro: <http://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/handle/123456789/5780>
- Cavero Ocegüera, D. (2022). *Estado emocional en un paciente con tratamiento de diálisis peritoneal del cantón Alfredo Baquerizo Moreno - Jujan*. Universidad Técnica de Babahoyo, Babahoyo. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/13631>
- Cifre, E., Spontón, C., Medrano, L., & Maffei, L. (2017). Emociones positivas y negativas en la predicción del burnout y engagement en el trabajo. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 2(1), 75-88.
- Cobeñas Cerna, J., & Montenegro Arteaga, J. (2018). *Niveles de dependencia emocional y tipos de distorsiones cognitivas en mujeres maltratadas de un Hospital Nivel II-1 del distrito de Ferreñafe, setiembre – diciembre*. Repositorio de Tesis USAT, Perú.

- USAT. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo:  
<http://hdl.handle.net/20.500.12423/1572>
- Díaz Kuaik , I., & De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicologica UST*, 16(1), 42-50. <https://doi.org/0718-0446>
- Diz Ramírez, F. (2016). *El abordaje de la depresión desde la terapia cognitiva*.
- Erazo Frías, C. A. (2018). Pensamientos automáticos en usuarios con discapacidad visual del Centro Diurno Atahualpa. *Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Psicólogo Clínico. Carrera de Psicología Clínica*. Universidad Central Del Ecuador, Quito. Repositorio Digital: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/16514>
- Escobar Ordoñez, A. P. (2019). Tipos de maltrato y distorsiones cognitivas en mujeres de 18 a 65 años en Mujeres Contando. [Tesis de Licenciatura]. Quito, Pichincha, Ecuador: Universidad Central del Ecuador. Repertorio Digital. Universidad Central del Ecuador: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/19257>
- Flórez Restrepo, C., & Jiménez Arcila, A. (2017). Terapia grupal, modelo de A. Beck y depresión : un relacionamiento. *Trabajo de grado de pregrado*. Universidad de Antioquia, Medellín. Universidad de Antioquia: <https://hdl.handle.net/10495/14302>
- Freire, W. B. (2009-2010). *La Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I Ecuador*. INEC.
- García Retana, J. (2012). La educación emocional, su importancia en el proceso de aprendizaje. *Educación*, 36(1), 1-24. <https://doi.org/0379-7082>
- Gómez Álvarez, D. (2020). Ansiedad patológica por aislamiento social en tiempos de COVID-19. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 6(3), 148-149. <https://doi.org/10.56239/rhcs.2020.63.442>
- Gómez Ramírez, R. D. (2017). La evaluación psicológica infantil: metodología y aplicación de las técnicas proyectivas y psicométricas. *Poiésis*, 33, 104-118. <https://doi.org/10.21501/16920945.2500>
- Hernandez Lira, N. (2018). Influencia de la propuesta de Aarón Beck en el tratamiento de la Esquizofrenia. *Revista Cognición y Comportamiento de la Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitivo Conductual ALAMOC*, 1(4), 16-24. <https://doi.org/ISSN 2683-9423>

- Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. (2020). *Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y Mixta*. (Edición Punta Fé ed.). McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.
- Hernández Vergel, V., Solano Pinto, N., & Ramírez Leal, P. (2021). Entorno Social y Bienestar emocional en el adulto mayor. *Revista Venezolana de Gerencia*, 26(95), 530-543. <https://doi.org/530-543>
- Lluglla Aguirre, S. (1 de Enero de 2016). Distorsiones cognitivas y bienestar psicológico del adulto mayor en el grupo Agua Santa y Antonio Cabrejas de el "Cantón Baños. Baños, Tungurahua, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato - Facultad de Ciencias de la Salud - Carrera de Psicología Clínica. <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/19257>
- Lluglla Aguirre, S. E., Pilalumbo, W. F., Tacuaman, Y. G., & Guevara Villafuerte, J. N. (2018). Análisis Psicológico Clínico de las Distorsiones Cognitivas y Bienestar Psicológico en Adultos Mayores. *Revista de Ciencias de Seguridad y Defensa*, III(1), 110-116.
- Madrigal Ramírez, E. (2018). Descripción de distorsiones cognitivas relativas a la homosexualidad masculina en una población heterosexual adulta joven costarricense en relación con la homofobia. *Medicina Legal de Costa Rica*, 35(2), 4-19. <https://doi.org/ISSN2215-5287>
- Mújica Johnson, F., Orellana Arduiz, N., & Concha López, R. (2017). Emociones en la clase de Educación Física: revisión narrativa (2010-2016). *Ágora para la Educación Física y el Deporte*, 19(1), 119-134. <https://doi.org/10.24197/aefd.1.2017.119-134>
- Naranjo Patiño, K. (2020). Cualidades esenciales de análisis psicométrico del inventario de pensamientos automáticos-distorsiones cognitivas de Ruiz y Lujan, en el pilotaje de los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Paul Dirac de la ciudad de Quito en el año lectivo. *Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Licenciada en Ciencias de la Educación*. Universidad Central del Ecuador, Quito. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21782>
- Nolasco, A., & Domingo, V. (2019). Diseño de un entrenamiento en identificación de emociones en formato de tarea. *Variables Psicológicas y Educativas*, 3(19), 151.

- Pérez Gómez, S. (01 de 06 de 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, ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua*. Repositorio Digital, Ambato.  
<http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/23492>
- Sánchez, V., Alva, M., & Sosa, L. (2019). Esquemas cognitivos y funcionamiento sexual femenino en estudiantes de una universidad privada. *Conocimiento para el Desarrollo*, 10(1), 101-106. <https://doi.org/10.17268/CpD.2019.01.15>
- Tobal, M., & Cano, V. (2022). EMOCIÓN Y CLÍNICA: PSICOPATOLOGÍA DE LAS EMOCIONES. *Psicología de la Motivación y la Emoción*, 571-581.
- Tron Álvarez, R., Bravo González, M., López Najera, D., & Martínez Servín, A. (2017). Esquemas Cognitivos de personalidad en Estudiantes de las carreras de psicología y Biología. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3).
- Vallejo Quintana, P. V. (2017). *Distorsiones cognitivas y estrés en estudiantes universitarios*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato - Facultad de Ciencias de la Salud - Carrera de Psicología Clínica.
- Victoria Álvarez, L., Ayala Moreno, N., & Bascuñan Cisternas, R. (2019). Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos: un estudio descriptivo-correlacional. *Psicogente*, 22(41), 1-22.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3308>
- Villarrubia Pacheco, C. (20 de Marzo de 2019). Repositorio Institucional Continental. *Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología, Escuela Académico Profesional de Psicología*. Universidad Continental, Perú. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/5342>

## 12 Anexos

**Anexo A.** Tutorías grupales para delimitar los parámetros a seguir en la elaboración del estudio de caso.



**Anexo B.** Revisión de avances del estudio de caso con el tutor académico.



**Anexo C. Cuestionario de preguntas abiertas.****1. ¿Cómo se ha sentido la última semana?**

El paciente expresa que se ha sentido “más o menos” pero no puede decir que se ha sentido muy bien.

**2. ¿Por qué se ha sentido mal la última semana?**

El adulto mayor manifiesta que se ha sentido mal porque no ha salido a caminar ni a conversar y que “nadie se preocupa por él”.

**3. ¿Qué pensamientos negativos se han cruzado por su mente cuando no se sentía bien?**

El paciente expresa: “Que estoy solo porque soy viejo”

**4. ¿Cómo nombraría a la emoción que siente?**

Él dice que es la tristeza

**5. ¿Cuánto tiempo (Semanas o días) considera usted que siente esta tristeza?**

El paciente expresa que se siente así aproximadamente 3 o 4 semanas

**6. ¿Cree que influye en las actividades de su día a día?**


Manifiesta que sí, sobre todo en actividades como ver su serie favorita.

**7. ¿Conoce que son las Distorsiones Cognitivas?**


Nunca antes había escuchado el término.



**Anexo D.** Fichas de Observación aplicadas en la Sesión 1 y 2.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN.**



**FICHA DE OBSERVACIÓN N° 001**

**1. DATOS GENERALES**

Nombre : V.M.H.P.  
Sexo : M.  
Edad : 73 años  
Instrucción : Primaria.  
Tiempo de Observación : Durante la 1era Sesión  
Fecha : 15/02/2023  
Nombre del observador : Ramírez Olga

**2. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN**

Descripción física y vestimenta	Descripción del ambiente	Descripciones del comportamiento
Desaliado, vestimenta desaliada, luce despeinado, sin zapatos	Ambiente tranquilo sin distractores y propicio para la sesión	Se sienta encorvado, no mantiene por mucho tiempo la mirada, irritable, manos juntas y manteniéndose en movimiento. Apariencia desganada tono de voz bajo. Se mantiene algo reservado.

**3. Comentario**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Ficha de observación elaborada durante la praxis de Vínculo con la Sociedad.*



FICHA DE OBSERVACIÓN N° 002

1. DATOS GENERALES

Nombre : V. M.M.P.  
 Sexo : M.  
 Edad : 73 años  
 Instrucción : Primaria.  
 Tiempo de Observación : Durante la 2da Sesión.  
 Fecha : 20 de febrero, 2023.  
 Nombre del observador : Ramírez Olgo

2. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

Descripción física y vestimenta	Descripción del ambiente	Descripciones del comportamiento
Vestimenta pulcra, buen aseo personal, zapatos bien lustrados	Ambiente propicio para la sesión	Se notó cierto desánimo. Postura desganada y encorvada. Tono de voz bajo pero se encuentra menos cohibido

3. Comentario

—  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Anexo E. Historia Clínica del Paciente.****HISTORIA CLÍNICA**Fecha: 20 / 02 / 2023


---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**1. MOTIVO DE CONSULTA**

El paciente expresa que las últimas 4 semanas siente un desánimo constante, no siente ganas de hacer sus actividades habituales, no presenta alteraciones habituales en el sueño ni en el apetito, sin embargo hay días en los que siente más cansado así no haya realizado ninguna actividad de gran esfuerzo y expresa que hay días en los que se siente triste de la “nada”, aunque a veces lo atribuye a pensamientos “malos” que dice tener.

**2. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL**

El paciente adulto mayor expresa que es el 2do hijo mayor de 8 hijos. Indica que la relación con sus hermanos es buena y nunca sufrieron un conflicto de gran relevancia. La relación con la madre la considera como muy buena, sin embargo, la relación con el papá fue un tanto conflictiva, dado que tenía problemas con la bebida y llegaba a la casa en estado etílico situación que concluía en golpes hacia la madre y a todos sus hermanos, incluyéndolo a él.

El paciente expresa que en una de las ocasiones en la que el padre quedaba inconsciente por estado etílico, él tuvo que conducir a la edad de 13 años para llevar al padre a la casa, pero tuvieron un accidente en el que se estropeó el vehículo, motivo por el que el padre decidió irse de la casa con otra pareja, abandonando el hogar y a los integrantes. Manifiesta que fue una época difícil, dado que tuvieron carencias económicas, y él se sentía culpable por el abandono de hogar por parte del padre, además de un gran sentimiento de desesperanza y desconsuelo, además de sentir cierta inutilidad dado que no podía hacer nada para ayudar.

Poco tiempo después, de mudan a Vines a vivir con la abuela materna para poder estudiar la educación primaria. Él manifiesta que tuvo dificultades de adaptación al inicio dado que se consideraba “tonto” o “quedado” en comparación con sus demás compañeros ya que él venía del campo, sin embargo, después de 3 meses de haber llegado, se desempeñó muy bien en el ámbito educativo, expresa que incluso llegó a ser de los primeros de la clase.

A la edad de 19 años, expresa que tuvo que realizar el servicio militar en la parroquia Tenguel, donde estuvo aproximadamente 10 meses y medio, donde expresa que sentía una profunda tristeza y fue una época difícil y de mucha soledad dado que nunca se pudo comunicar con la familia y nunca le llegó ninguna carta por las limitaciones de la comunicación que existían en ese entonces, dado que “el cartero no llegaba hasta Vinces”. A pesar de tener esa sensación de abandono manifiesta que conoció grandes personas donde destaca la presencia del que es su mejor amigo hasta la actualidad.

Al salir del servicio militar, decidió quedarse en Vinces y estuvo trabajando realizando “fletes” hasta que se comprometió a la edad de 27 años cuya pareja tenía en ese entonces 24 (B.F.). Fruto de esa unión surgen 4 hijos (M.M.), (G.M.), (A.M) (C.M). Considera la convivencia conyugal buena aunque la fidelidad y monogamia no es uno de los aspectos practicados por él durante esta convivencia. Expresa que la crianza de los hijos “estuvo bien”, sin surgir problemas significativos.

A mediados del año 2013, ocurre un accidente con la Hija menor (CM), quien era con quien vivía el paciente, además de la hija de esta última y la pareja conyugal. El adulto mayor relata que su hija tenía un negocio de una despensa la cual se incendió perdiéndolo todo, lo que provocó una cantidad elevada de deudas con bancos y proveedores. El paciente por querer ayudar a su hija, o como él expresa “dar la cara” decidió vender el negocio propio que él manejaba y unos lotes de tierra que tenía en su posesión, decisiones que trajeron consigo una gran crisis económica para la familia. El adulto mayor recuerda que en esa época sufrió mucho, se sentía desesperado y desmotivado, incluso tenía ideación suicida. Él intentó suicidarse, tuvo la intención de acción pero en el momento que lo iba a hacer se retractó y decidió no hacerlo. Considera que fue una época muy dura llena de desesperanza y “sin motivación de seguir viviendo” como lo expresa él.

Pasada esa situación, la familia logró recuperarse, lo que lleva a otra situación que ocurrió en 2018, en la que el paciente tiene una discusión con la hija menor (C.M) en la que se lleva a cabo agresión física y verbal de ambas partes, (B.F.) y (A.M) defendieron la postura de la hija menor (C.M) y esta discrepancia provoca la ruptura de la convivencia conyugal, desde entonces el adulto mayor vive solo. El paciente recuerda dicho evento con mucho resentimiento, asegurando que “Ellos no debería tratarlo así” que el “Merece mejor trato del que le dan” y que si él actúa así “Es por culpa de los demás”. La ex conviviente, la hija menor (C.M) y la nieta del adulto mayor se mudaron cruzando la calle, si bien ya no conviven en la misma vivienda, lo hacen de manera diaria cuando él visita el restaurante de la ex conviviente.

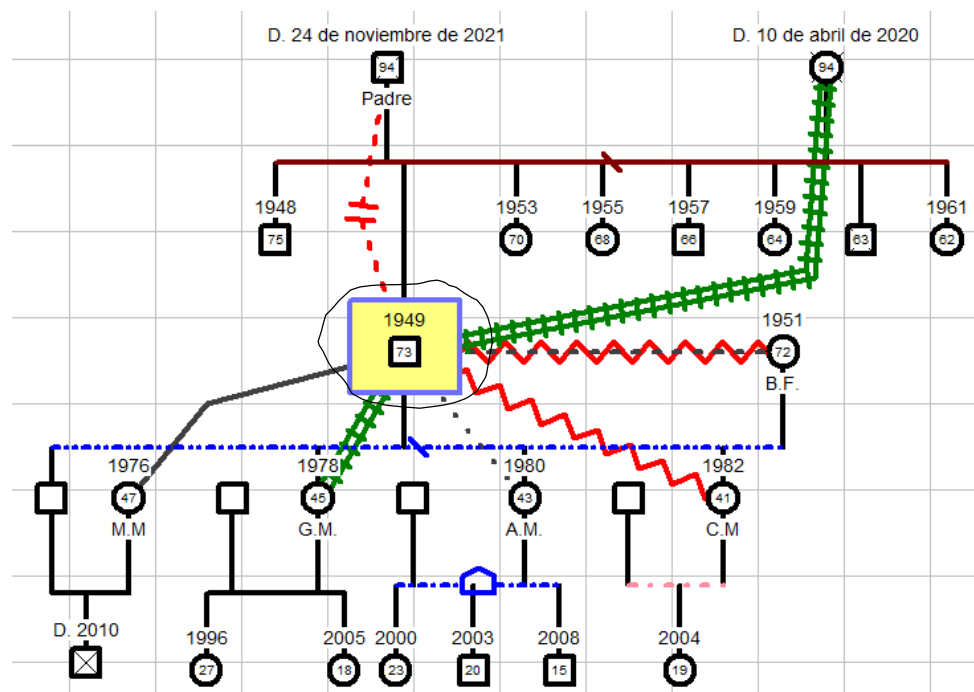
El adulto mayor logra abrir un negocio en el que se dedicaba como comerciante, sin embargo por la pandemia de COVID -19 el negocio tuvo que perecer. Si bien el adulto mayor vivía solo, en la pandemia se apoyó de su ex conviviente y su hija, dado que ellas le proporcionaban la comida y las cosas que necesitara. No tuvo tanto contacto con los demás hijos debido al confinamiento pero tampoco tuvieron la mayor comunicación. Pasado el confinamiento de la pandemia, el adulto mayor vuelve a su rutina viviendo solo sin embargo mantiene el contacto con los ex convivientes dado que le proporcionan alimentación hasta la fecha.

Hace aproximadamente un mes el paciente manifiesta que ha tenido una serie de pensamientos que “no lo dejan tranquilo” a raíz de una discusión con la ex conviviente (B.F.) en la que se trató el tema de reanudar la convivencia, recibiendo una negativa de parte de la ex conviviente (B.F.), lo que él manifiesta que le ha hecho “replantearse muchas cosas” sobre su vida, lo que

le genera un fuerte sentimiento de vacío, ha dejado de realizar actividades que solía hacer para divertirse o que eran parte de su rutina, manifiesta que hay días en los que no le dan ganas de levantarse, tiene pensamientos del tipo “Hacen esto para hacerme sentir mal”, “ella me está mintiendo” “hablan mal de mí a mis espaldas” “Ellos están mal y yo estoy bien” entre otros.

### 3. ANTECEDENTES FAMILIARES

El adulto mayor actualmente vive solo, sin embargo, hace 5 años convivía con la pareja conyugal, una hija y la nieta, lo que se trataba de una familia Nuclear. En la familia de origen, creció y se desarrolló con ambas figuras paternas y 7 hermanos hasta la edad de 13 años por el abandono del progenitor, lo que provocó que la familia se mude a Vinces a vivir con la abuela, lo que resultó en una familia extensa. No se muestran o se desconocen antecedentes psicopatológicos familiares, sin embargo hay la presencia de enfermedades hereditarias como la diabetes e hipertensión.



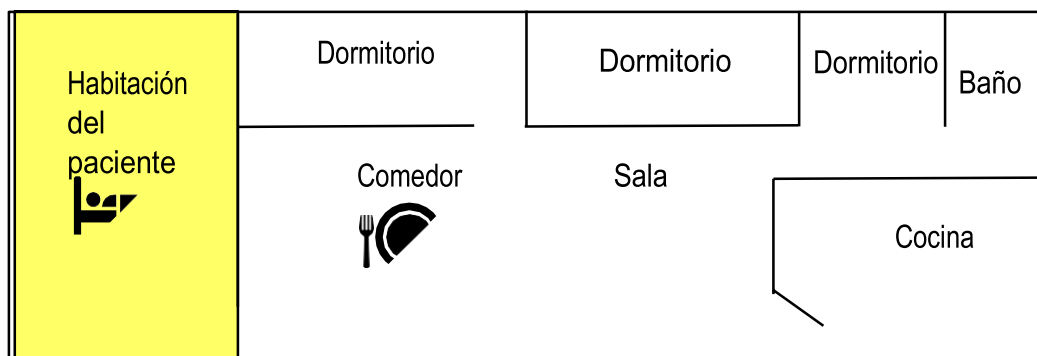
**Indicadores emocionales:** El adulto mayor mantuvo una buena relación con su madre, la cual la califica como muy buena, en cuanto a la relación con el papá hubo una ruptura en el vínculo. Con la ex conviviente mantiene una relación distante hostil, dado que expresa que ha habido ocasiones de agresión verbal por parte de ambos que se compone de insultos.

En cuanto a la relación con los hijos, con el hijo mayor (M.M) expresa que tiene una relación normal, sin inconvenientes pero que no hay cercanía por parte de ambos. Con la hija mayor (G.M) manifiesta que la relación es muy buena, “excelente”, dado que ella es la que se preocupa por él y le apoya económicamente en lo que necesite.

Con la primera hija menor (A.M) comunica que tiene una relación cordial, aunque es más distante que cordial dado que no hablan la mayoría de ocasiones cuando coinciden en el restaurante de la ex conviviente (B.F.). Con la Hija menor expresa que tiene una relación hostil,

si bien no ha vivenciado más agresiones desde la última vez, no la considera como una buena relación.

#### 4. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



#### 5. HISTORIA PERSONAL

##### 6.1. ANAMNESIS (Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.)

Embarazo normal sin complicaciones, parto eutócico, lactancia normal, empezó a marchar a la edad de 1 año, sus primeras palabras fueron a la edad de 2 años y realizó el control total de esfínteres (diurnos y nocturnos) a la edad de 4 años. Manifiesta que siempre ha sido bastante independiente. No presentó enfermedades de nacimiento.

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

Cuando empezó la instrucción primaria manifiesta que tuvo dificultades, pero con el tiempo se adaptó llegando a ser el primero de la clase, mantenía buena relación con los pares, bastante extrovertido, explica que tenía muchos amigos. No presentó problemas de aprendizaje.

##### 6.3. HISTORIA LABORAL

Empezó a trabajar a la edad de 18 años realizando viajes o “fletes”. Tuvo múltiples trabajos como trabajador en el Ministerio de Salud pública como rociador contra la malaria, trabajó en Guayaquil en una bodega de la cervecera Nacional, Trabajó también en una Piladora. A partir del año 2000 se desempeña como comerciante montando su propio negocio, hasta el año 2013. Luego retomó el negocio en 2018 pero tuvo que cerrarlo por la pandemia de Covid-19 en 2020, no ha trabajado desde entonces.

##### 6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL Bastante extrovertido, con mucha cantidad de conocidos dentro del pueblo, nunca se ha visto involucrado en actos de confrontaciones violentas. Mantiene un fuerte lazo de amistad con un ex compañero del cuartel el cual casi nunca ve por qué vive en otro país pero se mantienen en contacto cada 8 o 15 días. Donde vive no tiene ninguna relación fuerte. Actualmente tiene problemas ciertos altercados con vecinos.

##### 5.5USO DEL TIEMPO LIBRE. Antes del último mes expresa que las actividades que solía realizar con frecuencia era salir a caminar, ver sus series favoritas, contestar pocos crucigramas. Actualmente manifiesta que sale poco y que no ha visto las series que solía ver todos los días. Sin embargo no se ha saltado ninguna llamada telefónica de su amigo más cercano. La hija mayor (G.M) lo suele visitar cada que puede pero no es de manera constante, dado que ella vive en otra ciudad.

##### 6.5. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD. No se considera alguien que sea muy expresivo,

afectivo o amoroso, con los hijos o es conviviente tampoco demostraba mucho afecto. Empezó su vida sexual a los 18 años, y tuvo múltiples parejas sexuales antes y durante la convivencia conyugal.

**6.6. HÁBITOS.** (café, alcohol, drogas, entre otros) Toma café de entre 2 o 3 veces al día, tomaba bebidas alcohólicas de manera recreativa aunque mantiene que no ha tomado hace más de 20 años. En su juventud destinaba mucho tiempo a los juegos de azar y cartas. Nunca ha fumado ni probado sustancias psicotrópicas.

**5.6 ALIMENTACIÓN Y SUEÑO.** Se alimenta las 3 veces al día, dentro del hábito del sueño manifiesta que se acuesta a las 21:00 H00 y se despierta a las 02:00 H00 sin lograr conciliar el sueño nuevamente, pero explica que tiene mucho tiempo con ese hábito de sueño que lo considera normal. No presenta alteración en estos dos aspectos.

**5.7 HISTORIA MÉDICA.** Es hipertenso y diabético, se cuida con la ingesta de azúcares y toma pastillas para la presión. También consta de atrofiás en la pierna derecha dado que ha tenido múltiples accidentes de fracturas en esa extremidad.

**5.8 HISTORIA LEGAL.** No presenta antecedente legales

**5.9 PROYECTO DE VIDA.** “Seguir viviendo y encomendarse a Dios”

## **6. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL**

**7.1. FENOMENOLOGÍA** (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje) Mantiene el aseo personal, pulcro, peinado, perfumado. Biotipo Ectomorfo. Mestizo. El lenguaje no verbal en la entrevista inicial se notó ansioso, encorvado, el tono de la voz bajo y con desanimo, con ligera irritabilidad y recelo. Con la realización de más sesiones se fue mostrando más cómodo y participativo.

**7.2. ORIENTACIÓN** Orientación alopsíquica y auto psíquica sin alteración

**7.3. ATENCIÓN** En la primera sesión se notó una ligera distraibilidad, sin embargo es algo que no se presentó en el resto de las sesiones. Aunque expresa situaciones de ausencia mental pero no se han presenciado en las sesiones

**7.4. MEMORIA** Ligera alteración en la memoria retrógrada propia de la edad, ya que hay sucesos que no recuerda con claridad.

**7.5. INTELIGENCIA** No se encuentra deteriorada.

**7.6. PENSAMIENTO** Presencia de distorsiones cognitivas “Deberías”, ideas fijas. Sobregeneralización y maximización del pensamiento, pensamiento pesimista, y pocos pensamientos de culpa

**7.7. LENGUAJE** No presenta alteraciones

**PSICOMOTRICIDAD** No presenta alteraciones

---

**7.8. SENSOPERCEPCION**

No presenta alteraciones

---

**7.9. AFECTIVIDAD**

Sentimiento de angustia y desamparo, labilidad emocional, anhedonia, irritabilidad

**7.10. JUICIO DE REALIDAD**

Sin alteraciones

**7.11. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD** Es consciente de que la manera como se siente es diferente a como se sentía antes al evento pero que ya lo ha vivido en otras ocasiones.

**7.12. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS.** Las ideas suicidas si las presentó en un momento de su vida, sin embargo en la actualidad no presenta.

**7. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS**

Escala de depresión Geriátrica de Yesavage: 8pts. Probable depresión.

Inventario de pensamientos automáticos (IPA): Preponderancia en interpretación del pensamiento, los “debería” y falacia de recompensa divina.

Inventario de depresión de Beck: 19pts. Depresión Leve.

Mini examen del Estado Mental. 29pts. Normal

**8. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO**

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo	---	Episodio depresivo Leve
Afectivo	Humor depresivo, tristeza algunos de los días, angustia	
Pensamiento	Auto reproches, distorsiones cognitivas de “Deberías”, pensamiento pesimista, pensamientos de inutilidad y desvalorizaciones	
Conducta social - escolar	Aislamiento y retraimiento, disminución de energía. Disminución de realización de actividades que antes eran rutinarias	
Somática	Pérdida de interés o capacidad de disfrutar actividades normalmente placenteras	No Califica como síndrome.

**9.1. Factores predisponentes:** Abandono Paterno, Sentimiento de soledad en el servicio militar. Crisis económica y emocional hacia accidente en 2013 con ideaciones suicidas. Ruptura del vínculo conyugal y familiar.

**9.2. Evento precipitante:** Discusión hace 1 mes

**9.3. Tiempo de evolución:** 1 mes

**9. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL**



F32.00 Episodio Depresivo Leve sin síntomas somáticos. (Diagnóstico presuntivo)

### **10. PRONÓSTICO**

Favorable

### **11. RECOMENDACIONES**




- Trabajar con técnicas de la Terapia Cognitiva conductual adaptadas para el adulto mayor.
- Fortalecer lazos sociales y búsqueda de una red de apoyo
- Retomar realización de actividades que son de interés.

### **12. ESQUEMA TERAPEUTICO**

<b>Hallazgos</b>	<b>Meta Terapéutica</b>	<b>Técnica</b>	<b>Número de sesiones</b>	<b>Resultados esperados</b>
<b>ÁREA COGNITIVA</b> <b>Distorsiones cognitivas:</b> “Todo hago mal”, “Deberían Cambiar su actitud”, “Siento que me mienten”, “Sé que piensan mal de mí”	Identificar las distorsiones cognitivas y lograr un cambio mediante la comprobación de veracidad de los pensamientos automáticos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Reestructuración cognitiva por medio de la examinación de evidencias y la técnica de la fecha ascendente</li> </ul>	3	Que el adulto mayor logre identificar los pensamientos distorsionados y pueda identificar que tan reales son.
<b>ÁREA EMOCIONAL</b> Tristeza y angustia	Modificar el estado emocional negativo a través de la modificación cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detención del pensamiento</li> </ul>	3	Que el adulto mayor logre detener el flujo de pensamientos que causan malestar emocional.
<b>ÁREA CONDUCTUAL</b> Falta de interés, motivación y placer en la realización de actividades que antes formaban parte de actividades de ocio y tiempo libre.	Lograr que el adulto mayor retome actividades abandonadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activación conductual a través de una programación de actividades y monitorización del estado de ánimo</li> <li>• Sistema de recompensas</li> </ul>	2	Que el adulto mayor retome actividades que antes solía disfrutar y que se complemente con un sistema de recompensa que lo motive a seguir realizándolas.

Firma del pasante

## Anexo F. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

Subsecretaría de atención Intergeneracional  
Dirección de la Población Adulta Mayor

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE<sup>1</sup>**  
**FICHA N° 3d**

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)				
Nombre del Usuario: <i>M.M.P.</i>	Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:	
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad: <i>73</i>	Años: <i>73</i>	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por: <i>Olga Ramírez</i>

**INSTRUCCIONES:**  
Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la **ÚLTIMA SEMANA**

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	SI	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	no
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	no
13.	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	no
Las respuestas que indican depresión están en <b>NEGRITA Y MAYÚSCULAS</b> . Cada una de estas respuestas cuenta <b>1 PUNTO</b> .			Total: <i>8</i>



*Probable Depresión*

**FIRMA DEL EVALUADOR**

*Olga Ramírez Morán*

<sup>1</sup> Sheik JI, Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986; 5:165-172.

## Anexo G. Mini Examen del Estado Mental

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL						EL GOBIERNO DE TODOS		
Subsecretaría de atención Intergeneracional Dirección de la Población Adulta Mayor								
<b>MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL<sup>1</sup></b> (Folstein et al. 1975) <b>FICHA N° 3c</b>								
Nombre del Usuario:		Zona:		Distrito:		Modalidad de Atención:		
Nombre de la Unidad de Atención:								
Edad	Años:	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por:				
73								
<b>ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO</b>							<b>0</b>	<b>1</b>
En qué Día estamos (fecha):								✓
En qué mes:								✓
En qué año								✓
En qué día de la semana								✓
¿Qué hora es aproximadamente?								✓
PUNTUACIÓN (máx. 5)								
<b>ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO</b>								
¿En qué lugar estamos ahora?							<b>0</b>	<b>1</b>
								✓
¿En qué piso o departamento estamos ahora?								✓
¿Qué barrio o parroquia es este?								✓
¿En qué ciudad estamos?								✓
¿En qué país estamos?								✓
PUNTUACIÓN:(máx. 5)								
<b>MEMORIA</b>								
<b>CONSIGNA:</b> "Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiera que por favor usted los repita".								
*Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo, luego pídale a persona adulta mayor, que las repita. Otorgue un punto por cada respuesta correcta. Se repiten las palabras hasta que la persona se las aprenda (máx. 6 ensayos) pero únicamente se puntúa la primera repetición o ensayo.								
							<b>0</b>	<b>1</b>
Papel								✓
Bicicleta								✓
Cuchara								✓
PUNTUACIÓN: (máx. 3)								

<sup>1</sup> Tomado de: Reyes, S., Beaman, P., García-Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A. y Jagger, C. (2004). Validation of a modified version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging Neuropsychology and Cognition*, 11, 1-11

MINISTERIO DE INCLUSIÓN  
ECONÓMICA Y SOCIAL



EL  
GOBIERNO  
DE TODOS

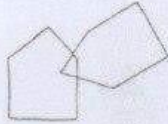
Subsecretaría de atención Intergeneracional  
Dirección de la Población Adulta Mayor

ATENCIÓN Y CÁLCULO:		
<b>CONSIGNA:</b> "Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100".	0	1
93		✓
86		✓
79		✓
72		✓
65		✓
PUNTUACIÓN: (máx. 5)		
MEMORIA DIFERIDA		
<b>CONSIGNA:</b> "Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio".	0	1
Papel		✓
Bicicleta		✓
Cuchara		✓
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		
DENOMINACIÓN		
	0	1
Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?		✓
Mostrarle un reloj y preguntar ¿qué es esto?		✓
PUNTUACIÓN: (máx. 2)		
REPETICIÓN DE UNA FRASE		
<b>CONSIGNA:</b> "Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo se la puedo decir una vez, así que ponga mucha atención".	0	1
"ni sí, ni no, ni pero"		✓
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
COMPRESIÓN - EJECUCIÓN DE ORDEN		
<b>CONSIGNA:</b> "Le voy a dar unas instrucciones. Por favor sigalas en el orden en que las voy a decir. Solo las puedo decir una vez":		
"TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO"	0	1
Tome este papel con la mano derecha		✓
Dóblelo por la mitad		✓
Déjelo en suelo		✓
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		
LECTURA.		
	0	1
Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale a la persona adulta mayor que lo lea y que haga lo que dice la frase		✓
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
ESCRITURA.		
	0	1
<b>CONSIGNA:</b> "Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje"		✓
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
COPIA DE UN DIBUJO.		
	0	1
<b>CONSIGNA:</b> "Copie por favor este dibujo tal como está"	✗	
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL:</b> (máx. 30 puntos)		

MINISTERIO DE INCLUSIÓN  
ECONÓMICA Y SOCIAL



Subsecretaría de atención Intergeneracional  
Dirección de la Población Adulta Mayor



31 Pts.

FIRMA DEL EVALUADOR

*Olga Patricia Morán*

**PUNTUACIONES DE REFERENCIA:**

27-30	Normal	X
24-26	Sospecha Patológica	
12-23	Deterioro	
9-11	Demencia	

**INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO ATENDIENDO A LA EDAD Y NIVEL DE ESTUDIOS**

En el caso de que la aplicación del presente test se realice a personas adultas mayores en condición de analfabetismo o con bajo nivel de escolaridad, se debe adaptar la puntuación utilizando la siguiente tabla:

Escolaridad	Edad (años)		
	Menos de 50	51-75	Más de 75
Menos de 8 años de estudio	0	+1	+2
De 9 a 17 años de estudio	-1	0	+1
Más de 17 años de estudio	-2	-1	0

29  
+2

\* En estos casos lo que se debe hacer es tomar la puntuación total y sumar o restar los valores indicados en la tabla tomando en cuenta la edad y el nivel de estudios o escolaridad de la persona adulta mayor. Y se procede a comparar este resultado con las puntuaciones de referencia. Por ejemplo:

Si el usuario tiene 78 años de edad, un nivel de 4 años de estudios y obtuvo una puntuación final de 22 puntos, tomando en cuenta lo indicado en la tabla se le debe sumar 2 puntos a su puntuación final que le daría un total de 24 puntos que dentro de las puntuaciones de referencia corresponde a un estado de sospecha patológica.

## Anexo H. Inventario de Depresión de Beck.

**Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Nombre: V.MMP Estado Civil: Soltero Edad: 73 Sexo: M  
 Ocupación: — Educación: Primario Fecha: 06/02/2023

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

**1. Tristeza**

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

**2. Pesimismo**

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

**3. Fracaso**

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

**4. Pérdida de Placer**

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

**5. Sentimientos de Culpa**

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

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

**6. Sentimientos de Castigo**

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

**7. Disconformidad con uno mismo.**

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

**8. Autocrítica**

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

**9. Pensamientos o Descos Suicidas**

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

**10. Llanto**

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

**11. Agitación**

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

**12. Pérdida de Interés**

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

**13. Indecisión**

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

#### 14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a 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 dormirme.

9 - 12.

#### 17. Irritabilidad

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

#### 18. Cambios en el Apetito

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

#### 19. Dificultad de Concentración

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



**20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.  
 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.  
 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.  
 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

**21. Pérdida de Interés en el Sexo**

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.  
 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.  
 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.  
 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

19 Depresion Leve

## Anexo I. Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA  
CENTRO UNIVERSITARIO DE TONALÁ  
COORDINACIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS  
UNIDAD DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA

### INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontraras una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que valores la frecuencia con que sueles pensarlos, siguiendo la escala que se te presenta a continuación:

Nunca pienso en eso	Algunas veces lo pienso	Bastantes veces lo pienso	Con mucha frecuencia lo pienso
0	1	2	3
ITEMS			
1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan.			
2. Solamente me pasan cosas malas			
3. Todo lo que hago me sale mal			
4. Sé que piensan mal de mí			
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?			
6. Soy inferior a la gente en casi todo			
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor			
8. ¡No hay derecho a que me traten así!			
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental			
10. Mis problemas dependen de los que me rodean			
11. Soy un desastre como persona			
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa			
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas			
14. Sé que tengo la razón y no me entienden			
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa			
16. Es horrible que me pase esto			
17. Mi vida es un continuo fracaso			
18. Siempre tendré este problema			
19. Sé que me están mintiendo y engañando			
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?			
21. Soy superior a la gente en casi todo			
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean			
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así			
24. Me siento culpable y es porque he hecho algo malo			
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas			
26. Alguien que conozco es un imbécil			
27. Otros tiene la culpa de lo que me pasa			
28. No debería de cometer estos errores			
29. No quiere reconocer que estoy en lo cierto			
30. Ya vendrán mejores tiempos			
31. Es insoportable no puedo aguantar más			
32. Soy incompetente e inútil			
33. Nunca podré salir de esta situación			
34. Quieren hacerme daño			
35. Y, ¿si les pasa algo malo a las personas que quiero?			
36. La gente hace las cosas mejor que yo			
37. Soy una víctima de mis circunstancias			
38. No me tratan como deberían hacerlo y me lo merezco			
39. Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo			
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas			
41. Soy un neurótico			
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco			
43. Debería recibir más atención y cariño de otros			
44. Tengo razón y voy a hacer lo que me da la gana			
45. Tarde o temprano irán las cosas mejor			



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA  
CENTRO UNIVERSITARIO DE TONALÁ  
COORDINACIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS  
UNIDAD DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA

**CLAVES DE CALIFICACIÓN PARA SACAR PUNTUACIÓN DE CADA PENSAMIENTO:**

PENSAMIENTOS	PREGUNTAS			TOTAL
<b>FILTRAJE.</b> Se toman los detalles negativos y se magnifican mientras que no se filtran todos los aspectos positivos de la situación. Palabras clave: terrible, tremendo, horroroso, no puedo resistirlo.....	1	16	31	2.
<b>PENSAMIENTO POLARIZADO.</b> Las cosas son blancas o negras, buenas o malas. La persona ha de ser perfecta o es una fracasada. No existe término medio.	2	17	32	3.
<b>SOBREGENERALIZACIÓN:</b> Se extrae una conclusión general de un simple incidente o parte de la evidencia. Si ocurre algo malo en una ocasión esperará que ocurra una y otra vez. Palabras clave: todo, nunca, nadie, siempre, todos y ninguno.	3	18	33	4
<b>INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO:</b> Sin mediar palabra, la persona sabe qué sienten los demás y por qué se comportan de la forma en que lo hacen. En concreto, es capaz de adivinar qué sienten los demás respecto a ella.	4	19	34	7
<b>VISIÓN CATASTRÓFICA:</b> Se espera el desastre. La persona se entera o escucha un problema y empieza a decirse: "Y si": "¿Y si estallara la tragedia?" ¿Y si me sucede a mí?	5	20	35	3.
<b>PERSONALIZACIÓN:</b> La persona que lo sufre cree que todo lo que la gente hace o dice es alguna forma de reacción hacia ella. También se compara con los demás, intentando determinar quién es más elegante, tiene mejor aspecto...	6	21	36	2.
<b>FALACIAS DE CONTROL:</b> Si se siente externamente controlado (impotente), se ve así mismo desamparado, como una víctima del destino. La falacia de control interno convierte a la persona en responsable del sufrimiento o de la felicidad de aquellos que le rodean (omnipotente).	7	22	37	5
<b>FALACIA DE LA JUSTICIA:</b> La persona está resentida porque piensa que conoce qué es la justicia, pero los demás no están de acuerdo con ella.	8	23	38	7
<b>RAZONAMIENTO EMOCIONAL:</b> Cree que lo que siente tendría que ser verdadero, automáticamente. Si se siente como estúpida y aburrida una cosa, debe ser estúpida y aburrida.	9	24	39	2
<b>LA FALACIA DE CAMBIO:</b> Una persona espera que los demás cambien para seguir, si los influye o cambia lo suficiente. Necesita cambiar a la gente porque sus esperanzas de felicidad parecen depender enteramente de ello.	10	25	40	4
<b>ETIQUETAJE:</b> Se generalizan una o dos cualidades de un juicio negativo global.	11	26	41	
<b>CULPABILIDAD:</b> La persona mantiene que los demás son los responsables de su sufrimiento, o toma el punto de vista opuesto y se culpa a sí mismo de todos los problemas ajenos.	12	27	42	2.
<b>DEBERÍA:</b> La persona posee una lista de normas rígidas sobre cómo deberían actuar tanto ella como los demás. Las personas que transgreden estas normas le enojan y también se siente culpable si las viola ella misma.	13	28	43	7
<b>TENER RAZÓN:</b> Continuamente está en un proceso para probar que sus opiniones y acciones son correctas. Es imposible equivocarse y se hará cualquier cosa para demostrar que se tiene razón.	14	29	44	5
<b>LA FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA:</b> Espera cobrar algún día todo el sacrificio y abnegación, como si hubiera alguien que llevara las cuentas. Se resiente cuando se comprueba que la recompensa no llega.	15	30	45	7

Anexo J. Registros de Pensamientos realizados por el paciente.

20/02/2023

REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

DÍA Y HORA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN
Lunes 20 Lunes 3 PM	Algunas veces	¿por qué estoy así?	
Miércoles 7 PM	no sé	¿de qué estoy tan mal de mí?	
Sábado 10 AM	no sé	¿debería estar así?	
4			
5			

Elaboración: Olga Ramírez Morán. Adaptado de Judith Beck (1995). Registro de Pensamientos Automáticos.

27/03/2023

REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

DÍA Y HORA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN
Lunes 5 AM	1	¿hay algo nuevo?	
Lunes 8 AM	de soy el code	¿por qué me siento así?	
Martes		¿cuanto me siento así?	
Miércoles 12 PM		¿deberían cambiar su actitud?	
5			

Elaboración: Olga Ramírez Morán. Adaptado de Judith Beck (1995). Registro de Pensamientos Automáticos.

06/03/2023

REGISTRO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

DÍA Y HORA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN
Martes		¿ya voy a dar mejores tiempos?	
Jueves 4 PM		no voy a nada	
Viernes		Bonanza	
Sábado		Bonanza	
5			

Elaboración: Olga Ramírez Morán. Adaptado de Judith Beck (1995). Registro de Pensamientos Automáticos.

**Anexo K.** Entrevista con el paciente adulto mayor.



**Anexo L.** Socialización del Registro de Pensamientos automáticos.

