



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO



FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

MODALIDAD PRESENCIAL

**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA) DEL
EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

PROBLEMA:

**DEPRESIÓN, EFECTOS EN EL ESTADO PSICOLÓGICO DE UN
ADULTO MAYOR**

AUTOR:

VERONICA SOBEIDA REYES GARCIA

TUTOR:

MSC. XAVIER EDUARDO FRANCO CHOEZ

BABAHOYO- ABRIL 2019

Dedicatoria

Este documento probatorio de dimensión escrita se lo dedico a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quien por ellos soy lo que soy. Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles y por apoyarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores mis principios mi carácter y mi empeño y mi coraje para conseguir mis objetivos.

Agradecimiento

Quiero agradecer en primer lugar a Dios, por guiarme en el camino y fortalecerme espiritualmente para empezar un camino lleno de éxito. También a una persona que me ha apoyado durante esta larga trayectoria estudiantil Adrián gracias por siempre estar conmigo y darme animo en momento difíciles aunque ya no estemos juntos siempre tendré presente que soy lo que soy gracias a ti por tu confianza amor y apoyo.

Gracias también a mis queridos compañeros que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida durante estos 5 años de convivir dentro del salón de clases: Anddy, Jennifer

Muestro mis más sinceros agradecimientos a mi tutor de proyecto, quien con su conocimiento y su guía fue una pieza clave para que pudiera desarrollar una clave de hechos que fueron imprescindibles para cada etapa de desarrollo del trabajo.

Por último, quiero agradecer a la base de todo, a mi familia, en especial a mis padres, que quienes con sus consejos fueron el motor de arranque y mi constante motivación, muchas gracias por su paciencia y comprensión, y sobre todo por su amor.

¡Muchas gracias por todo



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



AUTORIZACION DE LA AUTORIA INTELECTUAL

YO, **VERONICA SOBEIDA REYES GARCIA** portadora de la cedula de uidadania **095323427-5**, en calidad de autor (a) del documento probatoria dimencion practica del examen complejovivo previo a la obtencion del titulo de psicologia clinica, declaro que soy autor(a) del presente trabajo de investigacion, el mismo que es original, autentico y personal, con el tema:

DEPRESION, EFECTOS EN EL ESTADO PSICOLOGICO DE UN ADULTO MAYOR

Por el presente autorizo a la universidad Tecnica de Babahoyo, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen.

Veronica Reyes G
Veronica Sobeida Reyes Garcia

CI. 0953234275



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



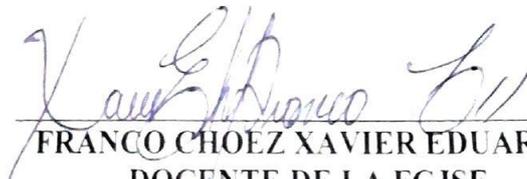
**CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR DEL INFORME
FINAL DEL DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA
DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIA A LA SUSTENCIÓN.**

Babahoyo, 25 de abril del 2019

En mi calidad de Tutor del Documento Probatorio Dimensión Práctica Del Examen - Complexivo, designado por el Consejo Directivo con oficio N° CP-0-77-(10), con fecha del 1 de abril del 2019, mediante resolución CD- FAC.C.J.S.E – SO-003- RES-002-2019, certifico que el Sr. (a) **Veronica Sobeida Reyes Garcia**, ha desarrollado el Documento Probatorio dimensión Práctica del Examen Complexivo con el Caso de Estudio titulado:

**“DEPRESION, EFECTOS EN EL ESTADO PSICOLOGICO DE UN ADULTO
MAYOR F O M”**

Aplicando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo al egresado, reproduzca del documento probatorio dimensión práctica del examen complexivo y lo entregue a la coordinación de la carrera de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación y se proceda a conformar el Tribunal de sustentación designado para la defensa del mismo.


FRANCO CHOEZ XAVIER EDUARDO
DOCENTE DE LA FCJSE



**RESULTADO DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN
DIMENSION PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO**

EL TRIBUNAL EXAMINADOR DEL PRESENTE DOCUMENTO
PROBATORIO DIMENSION PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO,
TITULADO: **DEPRESIO, EFECTOS EN EL ESTADO PSICOLOGICO DE UN
ADULTO MAYOR.**

PRESENTADO POR: REYES GARCIA VERONICA SOBEIDA

OTORGA LA CALIFICACIÓN DE:

7,97

EQUIVALENTE A:

Siete con noventa i siete

TRIBUNAL


Msc Ronald Alain Robledo Gáneas
DELEGADO DEL DECANO


Msc Heriberto Enrique Luna Álvarez
DOCENTE ESPECIALISTA


Msc. Lenin Patricio Mancheno Paredes
DELEGADO DEL CIDE


Ab. Isela Berruz
SECRETARIA DE LA FF.CC.JJ.SS.EE

Resumen

Los adultos mayores que corren el mayor riesgo a padecer depresión, esta situación constituye un problema de salud pública dentro de cada país. Esta problemática presentada se la trabajo a partir de la remisión de una adulta mayor por parte de las promotoras del centro gerontológico de la parroquia Ricaurte. Este recurso llevo a ser factible ya que se contó con los recursos humanos y materiales necesario y pertinente para lograr el objetivo establecido.

Para lo cual se planteó un objetivo general que fue diseñar un esquema terapéutico para disminuir los efectos que se producen en el estado psicológico de un adulto mayor mayor a causa de la depresión y se recabo información sobre la depresión y sus causas y se aplicaron técnicas para obtener mayor información y llegar a un buen diagnostico

Palabras claves: depresión -adulto mayor -efectos -estado psicológico- diagnostico

ÍNDICE

CARATULA	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Autorización de Autoría Intelectual.....	iv
Certificado de Aprobación del Tutor	v
Certificado del Sistema Urkund.....	vi
Resultado de Grado.....	vii
Resumen.....	viii
ÍNDICE	ix
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. DESARROLLO	2
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVO GENERAL	3
Determinar metas generales de acuerdo al diagnóstico y personalidad de la evaluada.....	3
SUSTENTOS TEÓRICOS.....	3
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	11
3. RESULTADOS OBTENIDOS	12
4. CONCLUSIONE	16
5. RECOMEDACIONES	17
6. BIBLIOGRAFÍA	18
ANEXOS.....	20

1. INTRODUCCIÓN.

Los adultos mayores es el grupo de personas de mayor riesgo al padecer depresión, debido a los procesos bio-psico-sociales y espirituales que desencadenan cambios en la calidad de vida de estos individuos. Los estados depresivos son uno de los problemas más frecuentes e incapacitantes en la población adulta mayor, esta situación constituye un problema de salud pública dentro de cada país.

La problemática presentada en este trabajo se desarrolla a partir de la remisión de una adulta mayor por parte de una de las promotoras del centro gerontológico de la parroquia Ricaurte, quien presenta síntomas depresivos que le están causando malestar en varios ámbitos de su vida desde hace algún tiempo debido a la pérdida de dos de sus seres queridos.

Por medio del uso de técnicas y herramientas como la observación, entrevista, historia clínica y pruebas psicométricas se pudo llegar a un diagnóstico estructural, el mismo que permitió diseñar un esquema terapéutico para disminuir los efectos que se producen en el estado psicológico de un adulto mayor a causa de la depresión.

El presente trabajo se presenta con la intención de promover un conocimiento profesional acerca de los efectos de la depresión en una usuaria adulta mayor del centro gerontológico de Ricaurte.

2. DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se enfoca en abordar los efectos en el estado psicológicos de un adulto mayor generados por la depresión, considerando que en la actualidad la población adulta mayor ha logrado alcanzar mayor expectativa de vida; sin embargo, hay que considerar que el adulto mayor es una población vulnerable y la depresión contribuye a calidad de vida de quien la padece (Hoyl M, Valenzuela A, & Marín L, 2000).

El desarrollo de esta problemática como herramienta de investigación del área de psicología, contribuirá con información científica de primera mano para todo profesional que requiera abordar este campo de estudio; además de, aportar a la comunidad investigativa y científica de la Universidad Técnica de Babahoyo.

También cabe recalcar que el individuo involucrado en este estudio podrá recibir un tratamiento adecuado a las necesidades de la problemática, mejorando su calidad de vida y la de sus familiares. Como futura profesional en el área de psicología me motiva a seguir profundizando el tema de depresión especialmente en ámbito geriátrico y presentar a futuro resultados de nuevas investigaciones.

Este estudio llegó a ser factible debido a que se contó con el recurso humano y material necesario y pertinente para lograr el objetivo establecido.

OBJETIVO GENERAL

Diseñar un esquema terapéutico para disminuir los efectos que se producen en el estado psicológico de un adulto mayor a causa de la depresión.

Objetivos específicos

Determinar metas generales de acuerdo al diagnóstico y personalidad de la evaluada.

Establecer técnicas terapéuticas que permitan alcanzar las metas generales para disminuir los efectos que se producen en el estado psicológico de un adulto mayor a causa de la depresión.

SUSTENTOS TEÓRICOS

Depresión

Para la OMS (2017), “la depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas”.

La depresión puede llegar a ser crónica y obstaculizar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para confrontar la vida cotidiana. La depresión en la forma más grave, puede llevar al suicidio. En el caso de que sea leve, se puede tratar sin necesidad de medicación, este trastorno puede diagnosticar de forma fiable y debe ser tratado especialistas capacitados (Molina, 2011).

Causas de la depresión

Existe una serie de factores que hacen que una persona sea más susceptible a padecer depresión.

Factores que nos hacen susceptible a padecer depresión:

- Genes.
- Personalidad.
- Familia.
- Género.
- Tipo de pensamiento.
- Enfermedades crónicas.
- Problemas económicos.

Factores predisponentes:

- Haber sufrido algún episodio depresivo antes.
- Tener antecedentes familiares de este trastorno.
- La pérdida de seres queridos.
- La soledad.
- Estrés continuo.
- Tener problemas para relacionarse con los demás.
- Situaciones conflictivas en el entorno (por ejemplo, el trabajo u hogar).
- Haber sufrido traumas físicos o psicológicos (maltrato físico, abuso sexual).
- Padecer una enfermedad física seria o problemas crónicos de salud.
- El consumo de algunos medicamentos (puede consultarlo con su médico).

- Abusar del alcohol o consumir otras drogas.
- Tras el parto, algunas mujeres son más vulnerables a la depresión. Los cambios hormonales y físicos junto con las nuevas responsabilidades con el recién nacido pueden ser difíciles de asumir.
- Tener una personalidad con alguna cualidad extrema (inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, autoexigencia) predispone a padecer depresiones (Jervis & García, 2005).

Clasificación de los trastornos depresivos según el DSM-5

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo,
- El trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor),
- El trastorno depresivo persistente (distimia),
- El trastorno disfórico premenstrual,
- El trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento,
- El trastorno depresivo debido a otra afección médica,
- Otro trastorno depresivo especificado,
- Otro trastorno depresivo no especificado (American Psychiatric Association, 2014).

El trastorno de depresión mayor

Según el DSM-5 “el trastorno depresivo mayor representa un trastorno clásico. Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la

cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas” (American Psychiatric Association, 2014).

Es posible que pueda ser diagnosticado en base a un solo episodio, mas sin embargo la mayoría de los casos suelen ser recurrentes. En algunos casos el duelo suele conllevar un gran sufrimiento, pero no provoca habitualmente un episodio depresivo mayor. Cuando suceden a la vez, los síntomas depresivos y el deterioro funcional tienden a ser más graves y el pronóstico es peor que el del duelo que no se acompaña de trastorno depresivo mayor.

Prevalencia

La prevalencia a los doce meses del trastorno depresivo mayor en Estados Unidos es aproximadamente del 7 %, con importantes diferencias entre los grupos de edad, de modo que la prevalencia en los individuos de entre 18 y 29 años es tres veces mayor que la prevalencia en los pacientes de 60 años o mayores (American Psychiatric Association, 2014).

Criterios diagnósticos.

Según el DSM-5 los criterios para diagnosticar depresión son los siguientes.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

- (1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
- (2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
- (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días
- (4) Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
- (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- (7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- (9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco (American Psychiatric Association, 2014).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El trastorno depresivo mayor se asocia a una alta mortalidad y la mayor parte de ésta se debe al suicidio; sin embargo, no es la única causa. Por ejemplo, los pacientes deprimidos que ingresan en residencias de ancianos tienen una probabilidad notablemente incrementada de fallecer en el primer año. (American Psychiatric Association, 2014)

Los pacientes presentan con frecuencia

- Llanto.
- Irritabilidad.
- Estado taciturno
- Rumiación obsesiva.
- Ansiedad.
- Fobias.
- Preocupación excesiva por la salud física.
- Quejas de dolor.

Comorbilidad

Otros trastornos con los que el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia son:

- Trastornos relacionados con sustancias,
- Trastorno de pánico,
- Trastorno obsesivo-compulsivo,
- Anorexia nerviosa,
- Bulimia nerviosa y el
- Trastorno límite de la personalidad.

Adulto mayor

Adulto mayor es el término que se le da las personas que han cumplido más de 65 años de edad, también suelen ser llamados personas de la tercera edad. En esta etapa una persona alcanza ciertos riesgos desde el punto de vista biológico psicológico y social.

Los adultos mayores son sinónimo de prestigio y fuente de sabiduría, y con frecuencia son tratados con respeto y en algunas sociedades son considerados maestros o consejeros, pero esto difiere según la cultura, debido a que las condiciones de vida del adulto mayor se ven afectadas porque pierden oportunidades de trabajo, actividades sociales y algunos casos son rechazados. (Echerri, 2016)

En países desarrollados el adulto mayor cuenta con un mejor nivel de vida porque los gobiernos les proveen de buenas pensiones, le garantizan la salud entre otros beneficios. Por otro lado el cuidado de los adultos mayores debe ser especial porque su organismo ha sufrido cambios y no es igual que el de una persona de veinte o treinta años, por lo que es recomendable que estas personas lleven un estilo de vida tranquilo con una

alimentación nutritiva y rutinas de ejercicios para que puedan disfrutar de su familia y las cosas que más les agrada (Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz, Esquivel-Molina, & Velasco-Rodríguez, 2007).

Envejecimiento y depresión.

Las diferentes generaciones han comprendido que la única forma de que la especie perdure a lo largo de los siglos, es mediante la reproducción. Así pues, todas las generaciones han tenido que aceptar que el ciclo de la vida, marcado por las etapas del desarrollo, el envejecimiento, y finalmente, la muerte, se repite a lo largo del tiempo con una marcada exactitud.

El ser humano pasa por varias etapas en su vida de forma más o menos afortunada según los casos; pero, al alcanzar la vejez surgen toda una serie de prejuicios y miedos, producidos por la continua e ineludible pérdida de facultades, tanto físicas como psíquicas, que hacen que esta etapa de la vida sea la más temida por la mayoría de los individuos (Castro Lizárraga, Ramírez Zamora, Aguilar Morales, & Díaz de Anda, 2006).

Los cambios que llegan con el envejecimiento (físicos, emocionales, sociales, etc.), pueden ser una causa de depresión; Por esta razón, es muy importante prestar atención a los síntomas y signos que se relacionen con esta enfermedad ya que, en los adultos mayores es más difíciles de detectar y llegan a ser confundidos con los cambios usuales de esta etapa de la vida, como la fatiga, el trastorno en el sueño y la falta de apetito.

En esta etapa de vida, la depresión se asocia a causas o acontecimientos vitales como los cambios en la rutina, la pérdida de la pareja, pérdida de las capacidades físicas y

también a enfermedades como cardiopatías, diabetes, hipertensión, entre otras (Pasquín Mora, 2017).

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Observación clínica.

Por medio de esta técnica se pudo evidenciar los signos, conducta en cada sesión curso y contenido del pensamiento, que en cada sesión manifestaba la evaluada.

Entrevista.

A través de esta técnica se pudo obtener información más detallada por medio de la **historia clínica** (Anexo1), donde se registró de forma cronológica la irrupción del cuadro psicopatológico, la evolución y sintomatología manifiesta de la evaluada hasta llegar a un diagnóstico.

Tests

- **Test del reloj** que permitió medir el deterioro cognitivo de la evaluada, (anexo 2).
- **Inventario de depresión de Beck**, utilizados para medir la severidad de la depresión, (anexo 3).
- **Test de la persona bajo la lluvia**, ayudó a obtener información sobre tu personalidad de la evaluada a través de imágenes.

3. RESULTADOS OBTENIDOS

Desarrollo del caso.

Adulta mayor de 76 años oriunda de la ciudad de Guaranda que reside en parroquia Ricaurte del cantón Urdaneta, cuenta instrucción primaria hasta cuarto grado de escuela, es ama de casa, viuda madre de 4 hijos.

El caso de desarrollo en un periodo de 6 sesiones donde se entrevistó a la adulta mayor, una de las hijas y al yerno.

- Primera sesión, se realiza la primera entrevista y se establece la empatía y el rapport, se anotan datos de filiación y el motivo de consulta latente y manifiesto.
- Segunda sesión, se realiza entrevista a la hija y yerno de la evaluada; se registra la síntesis e irrupción del cuadro psicopatológico, antecedentes y topología familiar, y se inicia con la anamnesis.
- Tercera sesión, se continua llenando la anamnesis
- Cuarta sesión, y de aplica el test del reloj y el Inventario de Represión de Beck
- Quinta sesión, se aplicó el teste de la persona bajo la lluvia
- Sexta sesión, entrevista de devolución con los familiares de la evaluada para dar el diagnostico final.

Situaciones destacadas.

Con la utilización de las herramientas y técnicas adecuadas se logró obtener información que permitieron llegar a un psicodiagnóstico, el cual se presenta continuación.

La evaluada presenta la siguiente sintomatología; estado de ánimo deprimido, poco interés por todas o casi todas las actividades del día a día, disminución del apetito, insomnio, agitación, sentimiento de inutilidad y deseos de no seguir viendo. Estos síntomas compensaron a hacerse notables desde que fallece su pareja sentimental hace 13 años y se agudizan después de la muerte de uno de sus hijos; además el contenido curso de pensamiento son normales, no presenta alteraciones, su lenguaje es claro y coherente.

Las pruebas psicométricas aplicadas arrojaron los siguientes resultados:

Test del reloj.- La paciente obtuvo 4 que equivale a deterioro cognitivo.

Inventario de depresión de BECK.- Según esta prueba aplicada la paciente obtuvo 34 que equivale a depresión grave.

Test de la persona bajo la lluvia.- Paciente mujer dibuja una persona de sexo femenino con equivalencia de su misma edad presenta los siguientes indicadores. Análisis de recursos expresivos.- persona bien ubicada en el espacio con conflictos u obstáculos que el sujeto se crea, persona con gran angustia y decaimiento de funciones.

- **Análisis del contenido.-** desgano depresión en algún aspecto de su vida. Falta de defensa es una persona que se defiende con su cuerpo que apechuga que se expone y corre el riesgo, inmadurez emocional, egocentrismo negación de sí mismo o del mundo. Debilidad mental.
- **Expresiones de conflictos en el dibujo.-** depresión
- **Mecanismo de defensa.-** aislamiento

Diagnósticos.

Fenomenico: Paciente es de contextura delgada y de estatura media y de cabello corto ojos color café llega a la consulta vestida normal

Dinámico: Se notó crisis de llanto su rostro refleja tristeza desánimo y voz débil

Diferencial:

- Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad medica
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
- Trastorno distímico
- Trastorno ezquisoafectivo

Estructural: F33.2X Trastorno de depresivo mayor

Pronóstico: Buen pronóstico.

Soluciones plateadas.

Para mejorar la calidad de vida de la evaluada se recomienda terapia individual y familiar, para esto diseño el siguiente esquema terapéutico con enfoque cognitivo conductual:

Esquema Terapéutico

Metas Generales

- Disminuir la idea disfuncional

- Modificar el comportamiento
- Desarrollar las habilidades sociales

1.- Disminuir la idea disfuncional

- **Reestructuración cognitiva.-** Por medio de esta técnica se pretende disminuir lo pensamiento automáticos negativos, suposiciones distorsionadas.
- **Terapia de resolución de problemas.-** nos permite aumentar la capacidad de afrontamiento al tratar situaciones estresantes, y cambiar lo factores cognitivos que afectan de manera negativa la visión general del problema.
- **Regulación emocional.-** Por medio de esta técnica se pretende redirigir la atención y cambiar el significado de las emociones, o la causa de las emociones.

2.- Modificar el comportamiento

- **Terapia de castigo y recompensa.-** por medio de técnica conductual, vamos eliminar conductas negativas, y a reforzar conductas positivas.
- **Terapia de autocontrol.-** permite vencer el déficit de automitoreo, autoevaluación y autorefuero de una persona con depresión.

3.- Desarrollar las habilidades sociales

- **Entrenamiento en habilidades sociales.**- nos permitirá mejorar las habilidades sociales de individuos deprimidos con el fin de disminuir alteraciones emocionales.
- **Disminuir recaídas.**- permitirá minimizar la probabilidad de futuras recaídas.

4. CONCLUSIONE

A través de un proceso de psicodiagnóstico y utilizando las herramientas clínicas necesarias se pudo evaluar a una adulta mayor; los signos, síntomas y pruebas psicométricas permitieron establecer un diagnóstico estructural que cumple con los criterios diagnósticos F33.2 Trastorno depresivo mayor (296.33), expuesto en el DSM-5.

Se pudo diseñar un esquema terapéutico cognitivo conductual en base al diagnóstico y a la personalidad de la adulta mayor, el mismo que permitirá disminuir los efectos psicológicos a causa de la depresión.

5. RECOMEDACIONES.

Se recomienda que la adulta mayor sea asistida con el esquema terapéutico establecido para que mejore su calidad de vida.

Participación activa por parte de la familia porque es uno de los ejes fundamentales para la propuesta genere buenos resultados.

Que la adulta mayor participe en actividades físicas y de socialización evitar recaídas.

6. BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5®*.
- Castro Lizárraga, M., Ramírez Zamora, S., Aguilar Morales, L. V., & Díaz de Anda, V. M. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(4), 132-137.
- Echerri, D. (2016, marzo 24). Depresión en el adulto mayor: es una enfermedad, no un estado natural. Recuperado 22 de abril de 2019, de TiTi website: <https://infotiti.com/2016/03/depresion-adulto-mayor/>
- Hoyl M, T., Valenzuela A, E., & Marín L, P. P. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista médica de Chile*, 128(11), 1199-1204. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872000001100003>
- Jervis, G., & García, J. L. G. (2005). *La depresión: dos enfoques complementarios*. Editorial Fundamentos.
- Martínez-Mendoza, J. A., Martínez-Ordaz, V. A., Esquivel-Molina, C. G., & Velasco-Rodríguez, V. M. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=457745525004>
- Molina, L. S. (2011). *Comprender la depresión*. Editorial AMAT.
- OMS | Depresión: qué debe saber. (2017). Recuperado 11 de abril de 2019, de WHO website: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/what-you-should-know/es/>

Pasquín Mora, N. (2017, agosto 4). Depresión en el adulto mayor: Causas, síntomas, cómo ayudar, etc.. Recuperado 12 de abril de 2019, de Blog CogniFit website: <https://blog.cognifit.com/es/depresion-adulto-mayor/>

ANEXOS

ANEXO 1
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO PSICOLÓGICO POPULAR

PERIODO DE EVALUACIÓN:

HISTORIA CLÍNICA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES: _____
EDAD: _____
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____
INSTRUCCIÓN: _____
OCUPACIÓN: _____
ESTADO CIVIL: _____
DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO: _____
REMITENTE: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA:

MANIFIESTO

LATENTE

SÍNTESIS DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO:

3. IRRUPCIÓN DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO

4. TOPOLOGÍA FAMILIAR:

5. TOPOGRAFÍA HABITACIONAL:

6. ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES

7. HISTORIA EVOLUTIVA: ANAMNESIS

AFECTIVIDAD:

PARTO:

LACTANCIA:

MARCHA:

LENGUAJE:

CRISIS VITALES:

CRISIS EXISTENCIALES:

8. ESCOLARIDAD: (PRIMERA INFANCIA)

9. ADAPTACIÓN ESCOLAR:

10. RELACIONES INTERPERSONALES:

11. ADAPTACIÓN SOCIAL

12. JUEGOS:

13. CONDUCTA SEXUAL:

14. ACTIVIDAD ONÍRICA

15. HECHOS TRAUMATIZANTES:

ADOLESCENCIA Y MADUREZ:

16. APARICIÓN DE LOS CARACTERES SEXUALES:

17. CONDUCTA SEXUAL:

18. ACTIVIDAD ONÍRICA

19. ADAPTACIÓN SOCIAL:

20. ADAPTACIÓN FAMILIAR:

21. RELACIONES INTRAFAMILIARES:

22. ACTIVIDADES, INTERESES, AFICIONES:

23. PENSAMIENTO:

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

CURSO DEL PENSAMIENTO:

24. LENGUAJE:

25. PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS:

LA FAMILIA H.T.P: APTITUDES: ANSIEDAD: DEPRESIÓN: OTRAS

26. DIAGNÓSTICOS:

FENOMÉNICO:

DINÁMICO:

DIFERENCIAL:

ESTRUCTURAL:

27. PRONOSTICO:

28. TERAPIA:

29. ESQUEMA TERAPÉUTICO:

ANEXO 2

Test del reloj

Instrucciones

Al sujeto se le da una hoja completamente en blanco un lapicero y un borrador se le da las siguientes instrucciones me gustaría que dibujara un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en el todos sus números y cuyas manecillas marquen las once y diez. En caso que cometa un error aquí tiene la goma para borrar .esta prueba no tiene tiempo límite por lo que pedimos que lo haga con tranquilidad prestando toda la atención que sea posible.

ANEXO 3

Test depresión de Beck

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

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 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 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

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

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

11 Agitación

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

algo.

12 Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

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:



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FECHA: 25/4/2019
HORA: 1:0

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, PERIODISMO, INFORMACIÓN Y DERECHO
PSICOLOGÍA CLÍNICA
UNIDAD DE TITULACIÓN

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

DOCENTE TUTOR: FRANCO CHOEZ XAVIER EDUARDO
ESTUDIANTE: REYES GARCIA VERONICA SOBEIDA
PERIODO TITULACIÓN: ENERO 2019 - MAYO 2019
MODALIDAD DE TITULACIÓN: EXAMEN COMPLEXIVO
FASE DE MODALIDAD: FASE PRACTICA
PROYECTO DE TITULACIÓN: DEPRESION. EFECTOS EN EL ESTADO PSICOLOGICO DE UN ADULTO MAYOR D O M

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

DEPRESION. EFECTOS EN EL ESTADO PSICOLOGICO DE UN ADULTO MAYOR D O M					
FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
FASE PRACTICA	2019-04-01	2019-04-25	TERMINADO	100%	HABILITADO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

INTRODUCCION					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ELABORACION DE INTRODUCCION	2019-04-01	2019-04-01	TERMINADO	100%	HABILITADO

CONCLUSIONES					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ELABORACION DE CONCLUSIONES	2019-04-05	2019-04-15	TERMINADO	100%	HABILITADO

BIBLIOGRAFIA					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ELABORACION DE BIBLIOGRAFIA	2019-04-21	2019-04-22	TERMINADO	100%	HABILITADO

ANEXOS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ELABORACION DE ANEXOS	2019-04-22	2019-04-23	TERMINADO	100%	HABILITADO

DESARROLLO					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
ELABORACION DEL DESARROLLO	2019-04-09	2019-04-13	TERMINADO	100%	HABILITADO

TRABAJO FINAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
TRABAJO FINAL	2019-04-24	2019-04-25	TERMINADO	100%	HABILITADO

FRANCO CHOEZ XAVIER EDUARDO
DOCENTE TUTOR

REYES GARCIA VERONICA SOBEIDA
ESTUDIANTE



Ilustración 1: Tutorías sobre la segunda fase del estudio de caso con el Master Javier Franco

Fuente: Verónica Reyes



Ilustración 1: Tutorías sobre la segunda fase del estudio de caso con el Master Javier Franco

Fuente: Verónica Reyes