



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

**DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL**  
**EXAMEN COMPLEXIVO**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE**  
**PSICÓLOGA CLÍNICA**

**TEMA:**

**CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDADES FUNCIONALES DE UNA**  
**PACIENTE ADULTA MAYOR**

**AUTORA:**

**KIMBERLY PAMELA REYNA ALBURQUEQUE**

**TUTOR:**

**MSC. ANDRÉS ARREAGA QUINDE**

**BABAHOYO - SEPTIEMBRE/ 2019**



## ÍNDICE GENERAL

CARATULA.....	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN .....	3
INTRODUCCIÓN .....	5
DESARROLLO .....	5
JUSTIFICACIÓN .....	6
SUSTENTOS TEÓRICOS .....	7
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	7
RESULTADOS OBTENIDOS .....	15
CONCLUSIONES .....	¡Error! Marcador no definido.
BIBLIOGRAFÍA .....	¡Error! Marcador no definido.
ANEXOS .....	
ANEXO 1: FOTOGRAFIAS .....	
ANEXO 2. FICHA DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA.....	
ANEXOS 3.- HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA.....	
ANEXO 4.- CUESTIONARIO SEVILLA DE CALIDAD DE VIDA (CSCV) .....	
ANEXO 5.- TEST DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA .....	
ANEXO 6.- ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA .....	



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



## RESUMEN

La investigación tuvo como tema: Calidad de vida y capacidades funcionales de una paciente adulto mayor , Con el estudio del fenómeno investigado se logró determinar que, si existe un grado de afectación negativa en las áreas psicológicas, físicas y sociales, producida particularmente por la depresión consecuencia del deterioro de su capacidad física y al declive de la autoestima, el bienestar de las personas comprende la satisfacción personal que tenga el individuo en el desempeño de las actividades cotidianas.

Los instrumentos utilizados en la investigación, Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida, Test de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y la Escala de depresión geriátrica cumplieron a cabalidad con sus propósitos, coadyuvando en el diagnóstico del trastorno que estaba padeciendo el paciente así como las pautas clínicas a seguir para el proceso de intervención terapéutico, así, la investigación tuvo el alcance propuesto en los objetivos, se logró una definición sobre que el significado de la calidad de vida y la importancia de esta desenvolvimiento funcional, a más se propuso como meta adicional que la paciente conceptúe un sentido de vida.

**Palabras clave:** calidad de vida, capacidades funcionales, adulta mayor, depresión



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



**ABSTRACT**

The research had as its theme: Quality of life and functional abilities of an elderly patient. With the study of the investigated phenomenon, it was determined that, if there is a degree of negative affectation in the psychological, physical and social areas, produced particularly by depression As a result of the deterioration of their physical capacity and the decline of self-esteem, people's well-being includes the personal satisfaction of the individual in the performance of daily activities.

The instruments used in the research, Seville Questionnaire on Quality of Life, Test of Instrumental Activities of Daily Life and the Geriatric Depression Scale fully complied with their purposes, contributing to the diagnosis of the disorder the patient was suffering as well as the guidelines clinics to follow for the therapeutic intervention process, thus, the research had the scope proposed in the objectives, a definition was achieved on the meaning of the quality of life and the importance of this functional development, moreover it was proposed as an additional goal that the patient conceptualize a sense of life.

**Keywords:** quality of life, functional abilities, elderly, depression

## **Introducción**

El propósito de este trabajo investigativo es poder analizar la percepción de la calidad de vida de una persona de la tercera edad en base a la reducción de las capacidades funcionales, analizar qué factores le garantizan una vida plena a pesar de los años que tiene, cuáles son las cosas que hacen que su vida, con este trabajo se intenta contribuir a la valoración y enriquecimiento de un grupo de personas que muchas veces son alejadas de sus propias familias y sus actividades por ya no ser capaces de realizar muchas actividades.

En el presente trabajo se enmarca en la Línea de investigación de la Carrera de Psicología, la prevención y diagnóstico y en la Sub- Línea de investigación enfocada en el funcionamiento socio-afectivo en el ámbito familiar y su influencia en el proceso de enseñanza aprendizaje.

En dicha investigación se plantea como primer punto la justificación en la cual se expone la importancia, los aportes, beneficiarios, viabilidad y factibilidad de realizar el estudio de caso; a continuación, está el objetivo en el cual se plantea la meta que se pretende obtener con la realización de esta investigación, además de varias posturas teóricas que describen las variables inmersas en el presente en el mismo.

## **Justificación**

La realización de este proyecto de investigación es de suma importancia porque las disminuciones de las capacidades funcionales afectan significativamente la calidad de vida en los adultos mayores a la vez que ocasionan trastornos emocionales con consecuencia negativas en las personas que se hallan afectadas por estas y por esto requieren la atención psicológica respectiva.

Es trascendente debido porque aporta con conocimientos que posibilitaran la identificación de grupos vulnerables de padecer deterioro en sus capacidades funcionales mediante el análisis del caso de una paciente atendida en el Centro Gerontológico “Del Buen Vivir” del Cantón Babahoyo, impacto, al propiciar políticas de prevención y promoción, enfocadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.

Se benefició la paciente atendida en la sede del adulto mayor que participo en el proceso psicoterapéutico que se llevaron a cabo, además directamente se beneficiaran sus familiares, así como compañeros de la Institución Gerontológica y por consiguiente beneficios a la sociedad en general al ser la familia el pilar fundamental del buen funcionamiento comunitario.

El presente estudio fue viable y factible de realizar debido a que contó con el consentimiento de la paciente atendida en esta institución además de las autoridades referentes de la misma quienes facilitaron la autorización y las instalaciones de la institución para la realización del mismo, así como de los recursos procedentes de la realizadora del mismo.

## **Objetivo**

Mejorar las capacidades funcionales a través de la terapia psicológica de una paciente adulta mayor del Centro Gerontológico “Del Buen Vivir” del Cantón Babahoyo

## **DESARROLLO**

### **Sustentos Teóricos**

La Calidad de Vida este íntimamente ligado con el bienestar del adulto mayor comprende la satisfacción personal que tenga la persona en las ocupaciones de las actividades cotidianas, el principal concepto se halla resumido a continuación.

#### Concepto de Calidad de Vida

La calidad de vida fue un concepto utilizado por el presidente Lyndon Johnson en el año 1964 al acerca énfasis en los planes de salud cual se popularizó en la década de los años 50 por un economista norteamericano, en estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica resultante de la II Guerra Mundial relacionados con el estudio sobre los consumidores. (Jariel, 2014, pág. 68)

En 1977 esta terminología se convirtió en categoría de búsqueda en el Index Medicus y en palabra clave en el método Medline, aunque se hizo tan tradicional entre los investigadores de la salud en la década de los años 80. La calidad de vida en nuestro envejecimiento; es elegible en la medida en que elegibles son las personas y socio-culturalmente las situaciones en que se vive, nuestras actitudes y nuestras formas de comportarnos. (Larry, 2013, pág. 89)

La calidad de vida es el resultado de las combinaciones de los factores objetivos y subjetivos. En el cual el aspecto de los objetivos dependerá de la persona (utilización y aprovechamiento de sus capacidades: intelectuales, físicas, emocionales y creadoras) y de las circunstancias externas (estructura económica, psicología social, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo está dado por la satisfacción del sujeto, el nivel de ejecución de las aspiraciones personales y por la percepción que él o la ciudadanía tenga de sus condiciones globales de vida, transformándose en sentimiento ya sean positivo o negativo. Acorde Dulcey y Col. el criterio de una evaluación global y satisfacción con la vida en la vejez es criterio de un envejecimiento sano. (Dulcey, 2016, pág. 129)

La calidad de vida es un concepto valorativo capaz de englobar muchos más fenómenos en el que caben en cualquier experto o rama de las ciencias, en otras palabras, las descripciones a las que se sustentan las investigaciones son múltiples y según el entorno del cual parte su valoración. Se hallaron varias conceptualizaciones sobre calidad de vida; Felce y Perry (2014) existen tres definiciones que retroalimentaron con una cuarta parte, así: “1) la calidad de las condiciones de vida que lleva una persona; 2) la satisfacción mediante las experiencias de cada persona en dichas condiciones vitales; 3) la combinación de factores objetivos y subjetivos, es decir; 4) y, por último, como la combinación de las situaciones de vida y los placeres personales en las escalas de valores, aspiraciones y perspectivas personales”. (Felce, 2014, pág. 168)

Amartya Sen conceptualiza la calidad de vida en como las actividades que se valoran en sí mismas y en la capacidad obtener estas actividades. Si percibimos la vida como un grupo de realizaciones que es estimado por uno mismo, el ejercicio dirigido a diagnosticar la calidad de la vida adopta la manera de determinar estas ‘realizaciones’ y la ‘capacidad para actuar. A pesar de los diferentes enfoques fundamentados en los valores o bienestares que otorgaran las propias mercancías (en el cual se equivocan los medios y fines), para este caso, la Calidad de Vida se delimita en apoyo a esas realizaciones y en la

capacidad o habilidad del individuo de lograrlos; en últimas, las cosas que las personas valoran hacer y ser. (García, 2016, pág. 142)

De acuerdo a lo citado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define que la calidad de vida es la percepción que tiene cada persona sobre su posición en la vida dentro del entorno cultural y el sistema de valores en el que vive y con las relaciones a sus metas, valores, expectativas y preocupaciones. (Organización Mundial de Salud, OMS, 2014, pág. 127)

Es una definición muy amplia y compleja que engloba tanto la salud física como los procesos psicológicos, al grado de independencia, la relación social, las creencias individuales y la relación con circunstancias sobresalientes del entorno. Las obligaciones, el anhelo a pensamientos relacionados con una vida de calidad cambian en función del ciclo evolutivo en otras palabras la percepción de satisfacción está intervenida por las variables ligadas al factor edad. En la tercera edad, los investigadores han prestado primordialmente la atención a las influencias que tiene en la calidad de vida, tiempo libre, la salud física, y los servicios que deben recibir las personas adultas mayores (Suárez, 2016, pág. 151)

La Calidad de Vida de los ancianos está implicada en la relación entre los años de vida saludable y la esperanza de vida, esto se puede manifestar de como la vinculación entre Calidad de Vida y expectativa de incapacidad (a mayor calidad de vida menor discapacidad). (Organización mundial de la salud [OMS], 2018, pág. 45)

Diversos autores han demostrado que los factores de la vida que son considerados importantes, para la vida por los seres humanos de edad mayores; evidenciándose las variables más importantes: las relaciones familiares y apoyos sociales, el estado funcional y la disposición económica.

Pase a los aspectos subjetivos y la gran combinación entre las poblaciones, hay factores que perpetúan de manera constantes, tenemos el soporte social, un elemento que beneficia la calidad de vida independiente de la fuente de donde proceda. Se ha propuesto que la calidad de vida se puede modificar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y el contexto social; mientras los factores socio-económicos y la escolaridad son piezas de importancia, no obstante, el determinante para la calidad de vida de los adultos mayores. Aspectos vinculados con la salud; cualquier afección en general perjudica la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: cuadros de ansiedad, síntomas depresivos y afectivos. (Garcia, 2016, pág. 235)

La presencia de enfermedades crónicas, en gran parte de la sociedad de adultos mayores el primordial objetivo de este tratamiento es acortar o eliminar síntomas, evitando las dolencias y mejorando el bienestar de del adulto mayor, llevando a medidas más graves la medicación (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para diagnosticar la calidad de vida de esta población adulta. En este entorno, la incorporación medida de la Calidad de Vida vinculada con la Salud. El estudio de la calidad de vida en la tercera edad, debe incorporar los aspectos como el estado de salud, el estado funcional y factores de riesgo. (Suarez, 2016, pág. 56)

Desde esta investigación, es viable planificar programas para la prevención, de salud, organización de servicios sociales, por lo que es visible que su beneficio rebase el estrecho margen de procesos patológicos y estadísticas de resultado.

Se define, la calidad de vida vinculada con la salud especialmente con la percepción del usuario, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, obligado para ello desarrollar instrumentos que sean necesarios y válidas y confiables, y aporte evidencia con bases científicas al proceso de toma de decisiones en salud. (Garcia, 2015, pág. 81)

## Capacidades funcionales

Con todas estas habilidades de una persona le proporciona llevar diversa actividades de la vida diaria sin la vigilancia ni asistencia por parte de terceras. (Dominguez, 2015, pág. 173)

La adultez mayor está estimado a un periodo en el que el individuo experimenta numerosos cambios, que dependen del estilo de vida que lleva cada uno, el sistema social, familiar, influyen en las distintas áreas de funciones, en algunos entornos, la adultez mayor se ha vinculado con la pérdida de las capacidades (relacionadas con el aspecto físico); los casos estereotipados de la cultura occidental frente al envejecimiento han llevado a que las individuos a experimentar cierto temor frente a la llegada de esta etapa, que puede llevar inclusive hasta el aislamiento social. A pesar que se resalta esta importancia de la asistencia de los sistemas de apoyo social, familiar y de la salud. (Ocampo, 2016)

En algunos casos producto del descenso progresiva del funcionamiento biológico, hace que el anciano padezca de pérdidas en la autonomía, que se manifiesta a la necesidad de depender de otras personas ya sean parte de la familia o social. Hay autores que consideran que los sujetos que se hallan en esta etapa, la plenitud de sus facultades y en un momento lleno de posibilidades para sí mismos y para la propia sociedad. El funcionamiento se divide en el momento en el anciano tiene todas las facultades para realizar sus actividades diarias donde puede enfrentar las demandas del ambiente, subsistiendo de manera independiente. (Monoy, 2015, p. 223)

Los roles y tareas definidos socialmente se ven afectados, y el grado de socialización del adulto mayor tiende a reducir, es allí en el cual se manifiestan de que la discapacidad definido por Duche (2015) como un estado que limitan a las personas que, por circunstancias ligadas a la pérdida de capacidad física o intelectual, requieren de la asistencia para ejercer las actividades diarias. (Duche, 2014, pág. 89)

Éstas se operacionalizan en funciones principales, como vestirse, bañarse, emplear los servicios, o en la reducción de la autonomía para ingerir alimentos. Tal circunstancias lleva a que incremente la dependencia de otros y ocasiona sentimientos negativos como de inutilidad y tristeza por la pérdida de control de su propia vida. (Bejarano, 2017, p. 78)

El declive en la capacidad funcional se afronta de formas más positiva cuando el adulto mayor cuenta con un contexto seguro, relacionado con el sistema familiar, un ingreso económico estable y acceso a la atención en salud, es fundamental ya que existe una fuerte relación, a nivel de social que tenga el adulto mayor. (Ledesma, 2018, p. 79)

La colaboración en los sistemas sociales tiende a acortarse en esta etapa, fortaleciendo la marginación social y ocasionando la pérdida de placeres procedente de este sistema, de esta forma, el curso de socialización se ve afectado en esta etapa por la reducción inicial del contacto con familiares y amistades, relacionadas con las delimitaciones que sufren a nivel de salud y que pueden deteriorar el contacto con otros. (Garcia, 2016, p. 90)

De esta manera, la interacción social se transforma en la protección para la salud, en cuanto ello implica vínculos estrechos con otros y un grado de actividad constante. Además, genera el involucramiento en grupos sociales, aprobando que el anciano distribuya de manera equilibrada su tiempo, y contribuye así a mejoramiento en su calidad de vida. La socialización accede en esta etapa a estar en contacto con otros sujetos e incrementando así la potencialidades de mejorar; además, genera acciones que son necesarias para la mejora de la calidad de vida (Zapatero, 2014, p. 151)

La integración social depende de las redes de apoyo con cuenta el adulto, comprendiendo éstas como aquellas relaciones significativas para el usuario así

podrá establecer cotidianamente y a lo largo de su vida, primordialmente con familiares más allegados, amigos, pareja, entre otros. Se ha contemplado que tales redes son de gran importancia ya que juegan un papel vital del adulto, transformándose en el sustento emocional que permite sobrellevar las crisis que se presentan en algunos adultos, mejorando su autoconcepto, su autopercepción, por ende, la identidad. (Intriago, 2016, p. 104)

Lo citado anteriormente respalda la importancia de que los especialistas de la salud entienden que los vínculos entre las habilidades funcionales y la integración social, para aplicar estrategias de intervención que ayude a que el adulto mayor se vincule en diferentes actividades sociales que permiten el mejorar su condición física y la autonomía personal, del mismo modo que la posición y satisfacción que tenga frente a la vida. (Durgen, 2016, p. 193)

## **Técnicas aplicadas para la recolección de la información**

En este caso las técnicas que se consideraron más idóneas se presentan a continuación:

### **Ficha de observación**

La ficha de observación es un instrumento que se basa en una lista de indicadores que pueden redactarse ya sea como afirmaciones o bien como pregunta y que ayuda a orientar por medio de la observación al sujeto, se utilizó para visualizar por medio de las observaciones los signos que presenta el usuario. (Ver guía de observación anexo N°2)

### **Historia clínica**

La historia clínica es una herramienta de gran utilidad para el psicólogo clínico pues con ella se recaba información referente a la historia personal, los antecedentes de enfermedades médicas o de origen psicológico en el paciente o en sus familiares, la irrupción

del cuadro psicopatológico, los diagnósticos diferenciales y estructurales así como las posibles alternativas de intervención terapéutica. (Ver historia clínica anexo N°3)

### **Pruebas psicológicas aplicada**

Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida

Autor: Giner J, Baca E, Bobes J, Ibáñez E

Año: 1995

El Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) está constituido por dos escalas, la Escala de Aspectos Favorables (CSCV-F) y la Escala de Aspectos Desfavorables (CSCV-D). La escala CSCV-F la componen 3 ítems, agrupados en tres factores y explican el 5,32% de la varianza total. Estos factores fueron: Satisfacción vital (5 ítems), Autoestima (4 ítems) y Armonía (4 ítems). La escala CSCV-D la componen 9 ítems que explican el 5% de la varianza total y agrupa a 46 ítems. Sus componentes fueron: Falta de aprehensión cognitiva (5 ítems), Pérdida de energía (10 ítems), Falta de control interno (7 ítems), Dificultad de expresión emocional (5 ítems), Dificultad de expresión cognitiva (7 ítems), Extrañamiento (7 ítems), Miedo a la pérdida del control (7 ítems), Hostilidad contenida (7 ítems) y Autoestima (7 ítems). Sirvió para conceptualizar la calidad de vida desde el punto de vista del paciente (Ramirez, 2014, p. 226)(ver Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida anexo 4)

Test de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Autor: Lawton, Brody

Año: 1969

Esta escala fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, de ahí que también sea conocida como Philadelphia Geriatric Center – Instrumental Activities of Daily Living (PGC – IADL) Fue construida específicamente para población anciana, institucionalizada o no. Su objetivo es evaluar las capacidades funcionales de los ancianos según diferentes niveles de competencia, en particular la autonomía física e instrumental en actividades de

la vida diaria. (Matheus, 2013, p. 58) (Ver Test de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria anexo 5)

Escala de depresión geriátrica

Autor: Jerome Yesavage

Año : 1982

Se trata de un instrumento de autoreporte compuesto por 30 reactivos que miden la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas, 20 de ellas miden la presencia de síntomas (“¿Siente que su vida está vacía?”), mientras que 10 son considerados ítems inversos (“¿En el fondo está satisfecho con su vida?”). Es una escala dicotómica en la que el entrevistado responde sí o no. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 30, en donde altas puntuaciones sugieren altos riesgos de presentar depresión. Tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión en la paciente adulta mayor. (Peña, 2017, pág. 158) (Ver Escala de depresión geriátrica anexo 5)

## **Resultados Obtenidos**

Caso.

La Sra. María, se trata de una paciente de servicio ambulatorio de 75 años de edad, casada, nacida en Pueblo Viejo en mayo de 1944, se desempeñó como costurera, tiene 2 hijas, su esposo trabajaba en “La Reforma” de Babahoyo, falleció hace 7 años y fue su compañero desde que tenía 19 años, es llevada a consulta por presentar decaimiento en su estado anímico.

La evaluación del caso se desarrolló a lo largo de cinco sesiones psicodiagnósticas, cada una con una duración de 45 minutos, y que comprendieron las siguientes etapas:

La primera entrevista se realizó el día 01-05-2019 tuvo la finalidad de adquirir afinidad y confianza terapéutica (rapport) en esta entrevista se anotaron los datos de filiación del

paciente, y de su grupo familiar además se anotaron el motivo de consulta, también la síntesis e irrupción del cuadro psicopatológico.

En la segunda entrevista realizada el 06-05-2019 se registró la historia familiar, y se indagaron los antecedentes psicopatológicos familiares. También se realizó la Anamnesis del paciente, cabe indicar que las guías de observación se utilizaron durante todas las sesiones.

Durante las tercera y cuarta entrevista con fechas 09 y 13 -05-2019 se llevaron a cabo la aplicación de pruebas psicométricas con el objetivo de cuantificar los rasgos psicopatológicos.

Durante la quinta entrevista realizada el 15-05-2019 se llevó a cabo la entrevista de devolución en la cual se entregó al paciente un psicodiagnóstico final.

#### Desarrollo del caso

En una primera entrevista se habló con la hija comentó que llevaba a su Mama a consulta porque se encontraba bastante decaída, mencionó que todo empezó con una gripe muy fuerte, ella nunca se enfermaba y esta vez estuvo 2 meses en cama con tos, este tiempo estuvo en reposo y no lo dejaban solo por recomendación del médico, quien argumentó que podía caerse.

Una vez que se curó de esto ya no podía levantarse, cuando lo hacía le temblaban las piernas y se mareaba, por lo que estuvo mucho tiempo sentado. Le empezó a costar trabajo bajar las escaleras y le daba miedo hacerlo porque no quería caerse. A partir de ello dejó de hacer actividades que realizaba antes como nadar, bailar, o cuidar a sus nietos. Su hija comentó que ella se encargaba de hacer pagos y llevar a sus nietas a la escuela.

También reportó que un año antes habían llevado a su mamá a una revisión médica y en una tomografía, el médico encontró unas manchas en el pulmón, pero dijo que no era nada de cuidado; su papá creyó que tenía una enfermedad grave y que se la estaban ocultando. Finalmente comentó que, a veces, cuando su mama escucha música, o ve la televisión; se pone triste.

Al entrevistar a la paciente, esta manifestó como queja principal que no podía caminar bien desde que se enfermó de gripe, que ya no le hacía efecto la medicina y que el neurólogo le había dicho que estaba sano y que ese impedimento lo tenía en, su cabeza, además mencionó que le daba miedo caminar, porque sentía que se iba a caer y además ahora le daba miedo salir a la calle, pensaba que la gente lo miraba con lástima y eso lo ponía nervioso. Se quejó de no poder dormir en las noches y de pensar continuamente en que no iba a poder dormir.

Refirió que se deprimía al escuchar música y que le daban ganas de llorar. Igualmente, que le entristecía no poder nadar, bailar, salir sola o bañarse sin ayuda; que eran actividades que realizaba antes de enfermarse. Antes de que se enfermara podía salir a la calle sola, se encargaba de realizar algunas actividades como arreglar papeles, realizar pagos, llevar a sus nietas a la escuela y al parque.

Su problema inició a partir de un día que fue a visitar a una de sus hijas. Al bajar del transporte sintió que se le dobló el pie y le dio miedo cruzar la avenida, aun así, lo hizo, llegó a casa y no comentó nada; más tarde comentó que no podía caminar y sintió un mareo al dar un paso largo. Piensa que le va a pasar algo, dice que es un tonto al pensar de esta manera porque ya le han dicho que no tiene ninguna enfermedad. En cuanto a las actividades que realiza actualmente, que intenta ayudar en las actividades de la casa, pero sus hijas algunas veces no se lo permiten, pocas veces salen a caminar, le gusta leer.

La relación con sus hijas es buena, no tiene ningún problema con ellos, están todos al pendiente de su salud, siempre o han hecho; sin embargo, refiere que, a veces, exageran sus cuidados, la hacen sentir más inútil y no se atreve a decirles nada, solamente se molesta o se enoja.

Del análisis del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida presenta puntuación elevada en la Escala de Aspectos Desfavorables, el Test de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria se obtuvo que la capacidad funcional de la adulta mayor se encuentra medianamente afectada en los según niveles de competencia, y que es funcional en gran parte de las

actividades de la vida diaria. La Escala de depresión geriátrica de Yesavage arrojó niveles graves de depresión subyacente en la paciente adulta mayor.

### **Diagnóstico**

Del análisis de los resultados arrojados por las pruebas psicométrica y de la historia clínica y guía de observación la adulta mayor conserva la mayoría de sus capacidades instrumentales parcialmente afectadas, presenta índices graves de depresión por lo que el diagnóstico estructural reúne criterios para F06.31 trastorno depresivo debido a otra afección médica. (American psychiatric association [APA], 2015)

### **Situaciones Detectadas**

En este caso permiten establecer los siguientes hallazgos por áreas afectadas, social, Afectiva y Conductual, obteniendo como resultado falta de comunicación, conductas rígidas, ansiedad, baja autoestima, inseguridad, respaldadas por el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida, Test de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, Escala de depresión geriátrica de Yesavage: dando como resultado que existe problemas significativos en el comportamiento y en su adaptación en el medio familiar. El test FF-SIL complementa con los resultados de los test aplicados.

### **Soluciones planteadas**

Por lo descrito hasta el momento, es importante monitorear Al adulto mayor con asesoramiento, y sesiones terapéuticas que lo ayuden a superar las situaciones que son producidas por la disfuncionalidad física, la paciente debe lograr comprender la situación de su estado físico sin que afecte su estado emocional y conductual.

De acuerdo a toda la información obtenida como las características disfuncionales en el comportamiento, signos y síntomas evidenciados en el adulto mayor, que se dieron mediante

los diferentes instrumentos utilizados, se procedió a aplicar un esquema psicoterapéutico adecuado para la sintomatología que presenta el paciente

Los objetivos y actividades se desarrollan en el esquema psicoterapéutico presentado a continuación:

Categoría: cognitiva

Sesión: 1

Fecha: 20-05-2019 Tiempo: 45 minutos

Técnica: Reestructuración cognitiva.

Objetivo: generalmente se centraron en hacer que la paciente tomara una clara conciencia de la relación entre pensamientos, emociones y conductas, y se basaron en el supuesto central de que se puede acceder a las cogniciones negativas, y que la modificación de estas cogniciones negativas puede aliviar los síntomas afectivos y conductuales de la depresión.

Actividad: enseñar al paciente el uso de las diferentes estrategias de modificación cognitiva

Resultados esperados: que el paciente aprenda por el mismo a refutar los pensamientos egodistónicos y modificarlos por pensamientos egosintónicos

Sesión: 2

Fecha: 27-05-2019 Tiempo: 45 minutos

Categoría: cognitiva

Técnica: Entrenamiento en solución de problemas

Objetivo: Esta estrategia se entiende como un recurso que facilita el afrontamiento de situaciones de conflicto o estrés.

Actividad: Consiste en varias fases aprendidas en el transcurso de las sesiones de terapia con el objetivo de emplearlas en situaciones problemáticas a las que la persona se ve confrontada

Dos características importantes de este tipo de pensamientos es que son improductivos (es decir, no llevan a tomar acciones para resolver lo que preocupa) y no se adaptan a la realidad.

Resultados esperados: que el paciente aprenda estrategias alternativas de afrontamiento a los conflictos.

Sesión: 3

Fecha: 03-06-2019 Tiempo: 45 minutos

Categoría: fisiológica

Técnicas: activación conductual

Objetivo: fomentar la práctica de actividad física, involucrar al adulto mayor en actividades de ocio y recreación, la Activación Conductual se basa en el contexto de la persona para explicar sus síntomas. Así, la terapia defiende que actuar sobre este contexto es mucho más eficaz que hacerlo sobre los síntomas o factores internos, tales como las alteraciones neurobiológicas o la sintomatología psicológica.

Actividad: motivar al paciente a realizar actividades físicas que antes le ocasionaban satisfacción.

Resultados esperados: que el paciente aprenda a divertirse con las capacidades de las cuales dispone

Sesión: 4

Fecha: 10-06-2019 Tiempo: 45 minutos

Categoría: modificación cognitiva

Técnica: Autoinstrucciones

Objetivo: Se implementó la técnica de Autoinstrucciones, para modificar la realización de actividades cotidianas.

Actividad: El entrenamiento en autoinstrucciones supuso instaurar verbalizaciones internas adecuadas que permitieron al usuario la realización o el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento.

Resultados esperados: que el paciente el uso de las autoverbalizaciones para modificar hábitos deadaptativos:

Sesión: 5

Fecha: 17-06-2019 Tiempo: 45 minutos

Categoría: actividad fisiológica

Técnicas: Entrenamiento en Relajación.

Objetivo: con la finalidad de disminuir la tensión o ansiedad de la paciente al enfrentar situaciones nuevas o las que ya había superado; también para fomentar su independencia.

Actividad: entrenar al paciente en el uso de técnicas de relajación

Resultados esperados: que el paciente aprenda el uso de esta técnica para reducir la angustia.

Sesión: 6

Fecha: 24-06-2019 Tiempo: 45 minutos

Categoría: actividad fisiológica

Técnicas: Técnicas de Autocontrol

Objetivo: con la finalidad de incrementar su capacidad de premiarse a sí misma por las conductas que realizaba.”.

Actividad: entrenar al paciente en el uso de técnicas de autocontrol

Resultados esperados: que el paciente aprenda el uso de estas técnicas para reducir la angustia.

Sesión: 7

Fecha: 01-07-2019 Tiempo: 45 minutos

Categoría: socialización

Técnica: Entrenamiento en habilidades sociales

Objetivo: mejorar la interacción social de la paciente

Actividad: es un procedimiento de intervención que integra un conjunto de técnicas derivadas de las teorías de aprendizaje social, de la psicología social, de la terapia de conducta y de la modificación de conducta, y que se aplica para que las personas adquieran habilidades que les permitan mantener interacciones más satisfactorias en las diferentes áreas sociales de su vida.

Resultados esperados: Que las relaciones sociales de la paciente mejoren con sus compañeros del Centro gerontológico.

## CONCLUSIONES

- La investigación tuvo el alcance propuesto en el objetivo primero, se logró una definición sobre que el significado de la calidad de vida y la importancia de este desenvolvimiento funcional, a más se propuso cometa adicional que la paciente conceptúe un sentido de vida.
- Las capacidades funcionales son una enorme necesidad para los seres humanos, las otras especies se adaptan con facilidad a cambios físicos producto de la edad o por accidentes, las personas no, muchos se sumergen en estados de ánimo negativas que llegan hasta imposibilitarle, como son los estados depresivos.
- Con el estudio del fenómeno investigado se logró determinar que, si existe un grado de afectación negativa en las áreas psicológicas, físicas y sociales, producida particularmente por la depresión consecuencia del deterioro de su capacidad física y al declive de la autoestima.

- Los instrumentos utilizados en la investigación cumplieron a cabalidad con sus propósitos, coadyuvando en el diagnóstico del trastorno que estaba padeciendo el paciente, así como las pautas clínicas a seguir para el proceso de intervención terapéutico más idóneo a las necesidades del paciente adulto mayor.
- También en la práctica profesional psicológica se logró establecer un contacto más directo con el área de interés, produciéndose mayor afianzamiento en la experiencia del abordaje clínico como tal por la realizadora de la investigación, que mediante la aplicación de técnicas y métodos fortaleció e incremento sus conocimientos
- Resulta necesario expandir la exploración de fenómenos de esta categoría, puesto que involucra el bienestar de quien padece una discapacidad funcional, ya que involucra el bienestar psicológico de los adultos mayores a su cuidado. Promoviendo a investigaciones relacionadas a las variables tratadas en el trabajo presentado
- Vale recomendar, pese a que la base del presente estudio de caso es pequeña, y los hallazgos obtenidos deben manejarse de la manera más pertinente, de la debida atención y promoción a los resultados obtenidos en esta investigación por otras instituciones de atención gerontológica, servirá para proyectar su uso en casos similares generando interés por estos en otras

**ANEXOS**

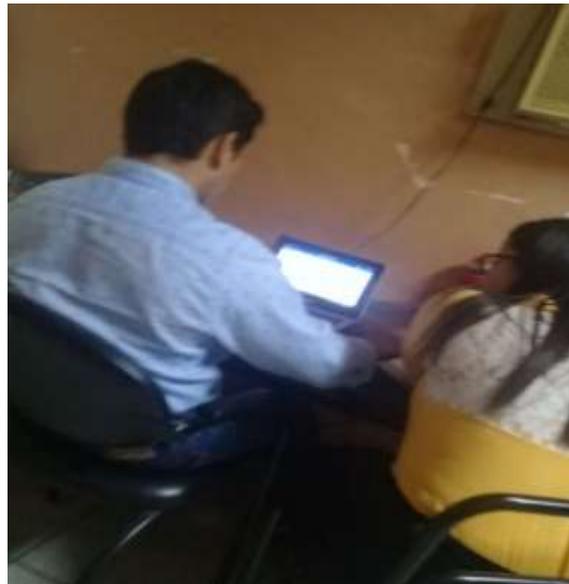
## **Anexo 1: fotografías**

**Imagen 1**



La autora del estudio de caso Kimberly Pamela Reyna Alburquerque en compañía de la tutor del proyecto MSC. Andres Arreaga Quinde durante la primera sesión de tutoría.

**Imagen 2**



La autora del estudio de caso Kimberly Pamela Reyna Alburquerque en compañía de la tutor del proyecto Master. Andres Arreaga Quinde durante la segunda sesión de tutoría.

**Imagen 3**



Aplicando la entrevista clinica al paciente para recabar informacion desde sus actecedentes hasta la actualidad.

## Anexo 2. Ficha de observación psicológica

### FICHA DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

#### I. DATOS GENERALES

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Instrucción: \_\_\_\_\_

Numero de sesión: \_\_\_\_\_

Tiempo de observación: minutos \_\_\_\_\_ hora de inicio \_\_\_\_\_ hora final \_\_\_\_\_

Tipo de observación: \_\_\_\_\_

Nombre del observador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

##### DESCRIPCIÓN FÍSICA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

##### DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

##### DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO (CURSO Y CONTENIDO DEL PENSAMIENTO, CONDUCTAS, REGISTRO NARRATIVO)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

##### COMENTARIO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anexos 3.- Historia Clínica Psicológica**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO FACULTAD DE  
CIENCIAS, JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES**

**CASO N°**

**I- DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**NOMBRES:**

.....  
.....

**EDAD:**

.....  
.....

**LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:**

.....

**INSTRUCCIÓN:**

.....  
.....

**OCUPACIÓN:**

.....  
.....

**ESTADO CIVIL:**

.....  
.....

**DIRECCIÓN:**

.....  
.....

**TELÈFONO:**

.....  
.....

**REMITENTE:**

.....  
.....

**2- MOTIVO DE CONSULTA: MANIFIESTO:**

.....  
.....  
.....

**LATENTE:**

.....  
.....

**3- SÍNTESIS DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO:**

.....

**4-IRRUPCIÓN DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO:**

.....

**5-TOPOLOGÍA FAMILIAR:**

.....

**6-TOPOGRAFÍA HABITACIONAL:**

.....

**7-ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES:**

.....

**8-HISTORIA EVOLUTIVA:**

.....

**PARTO:**

.....

**LACTANCIA:**

.....

**LENGUAJE:**

.....

**CRISIS VITALES:**

.....

**CRISIS EXISTENCIALES:**

.....

**9-ESCOLARIDAD:**

.....

**16-HECHOS TRAUMATIZANTES:**

.....

**17-ADOLESCENCIA Y MADUREZ:**

.....

**18-APARICIÓN DE LOS CARACTERES SEXUALES:**

.....

**19-CONDUCTA SEXUAL:**

.....

**20-ACTIVIDAD ONÍRICA:**

.....

**21-ADAPTACIÓN SOCIAL:**

.....

**22-ADAPTACIÓN FAMILIAR:**

.....

**23-RELACIONES INTRAFAMILIARES:**

.....

**24-ACTIVIDADES, INTERESES, AFICIONES:**

.....

**25-PENSAMIENTO:**

.....

**CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:**

.....

**CURSO DEL PENSAMIENTO:**

.....

**26-LENGUAJE:**

.....

**27-PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS:**

.....

**Test Caracterológico:**

.....

**Test de inventario de ansiedad:**

.....

**28-DIAGNÓSTICOS:**

**FENOMÉNICO:**

.....

**DINÁMICO:**

.....

**ESTRUCTURAL:**

.....

**31-ESQUEMA TERAPÉUTICO**

.....

**EVALUACIÓN REALIZADA POR:** \_\_\_\_\_

## Anexo 4.- Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV)

### ESCALA FAVORABLE

- |   |   |
|---|---|
| 1. Consigo lo que quiero                                  | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 2. Los demás aprueban mi forma de ser                     | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 3. Cuando decido algo lo realizo                          | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 4. Estoy contento/a con lo que hago                       | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 5. Me gusta como soy                                      | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 6. Tengo aficiones que distraen y llenan mi tiempo libre  | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 7. Me siento a gusto con la gente                         | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 8. Distribuyo bien mi tiempo                              | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 9. Me siento a gusto con mis pensamientos                 | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 10. Yo decido cómo quiero vivir                           | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 11. Soy capaz de organizarme la vida diaria               | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 12. Estoy satisfecho/a con el trabajo/estudio que realizo | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 13. Me satisface la energía que tengo                     | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |

### ESCALA DESFAVORABLE

- |   |   |
|---|---|
| 1. Tengo dificultades para comprender la televisión         | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 2. No me entero de las cosas aunque me interesen            | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 3. No comprendo lo que dice la gente                        | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 4. Me aburro todo el tiempo                                 | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 5. No puedo aprender nada                                   | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 6. Tengo dificultades para participar en las conversaciones | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 7. Sólo hago lo que quieren los demás y no lo que yo quiero | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 8. Me hace sufrir no poder controlar mis impulsos           | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 9. No puedo dejar de notar cosas desagradables              | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 10. Los demás me hacen sufrir                               | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |
| 11. Me hace sufrir sentir mi cuerpo extraño                 | Completo desacuerdo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Completo acuerdo |

12. Siento miedo constante Completo desacuerdo  Completo acuerdo
13. Es insoportable no poder estar quieto/a Completo desacuerdo  Completo acuerdo
14. Me hace sufrir el sentirme raro/a Completo desacuerdo  Completo acuerdo
15. Me da miedo la vida Completo desacuerdo  Completo acuerdo
16. Me molesta estar estreñado/a Completo desacuerdo  Completo acuerdo
17. Sufro porque estoy enfermo/a Completo desacuerdo  Completo acuerdo
18. Me siento muy cansado/a Completo desacuerdo  Completo acuerdo
20. Me doy miedo yo mismo/a Completo desacuerdo  Completo acuerdo
21. No me acuerdo de las cosas que tengo que hacer Completo desacuerdo  Completo acuerdo
22. Los vecinos me molestan Completo desacuerdo  Completo acuerdo
23. Todo me angustia Completo desacuerdo  Completo acuerdo
24. Me mareo con facilidad Completo desacuerdo  Completo acuerdo
25. Me desagrada no poder controlar mis pensamientos Completo desacuerdo  Completo acuerdo
26. Estoy triste continuamente Completo desacuerdo  Completo acuerdo
27. Me gustaría poder hacer daño Completo desacuerdo  Completo acuerdo
28. Me cuesta trabajo dirigirme a los demás Completo desacuerdo  Completo acuerdo
29. Me siento cobarde Completo desacuerdo  Completo acuerdo
30. No puedo controlarme Completo desacuerdo  Completo acuerdo
31. Me siento como un zombie o como un robot Completo desacuerdo  Completo acuerdo
32. Siento los músculos tensos Completo desacuerdo  Completo acuerdo
33. No tengo interés por nada Completo desacuerdo  Completo acuerdo
34. El día se me hace muy largo Completo desacuerdo  Completo acuerdo
35. Alguien que no sé quién es me hace sufrir Completo desacuerdo  Completo acuerdo
36. Me paso el día medio dormido/a y eso me molesta Completo desacuerdo  Completo acuerdo
37. Sufro cuando algo dentro de mí me impide hacer lo que quiero Completo desacuerdo  Completo acuerdo
38. Tengo dificultades para encontrar las palabras al hablar Completo desacuerdo  Completo acuerdo
39. Repetir una cosa muchas veces me alivia Completo desacuerdo  Completo acuerdo
40. Si no dejo salir la rabia me siento muy mal Completo desacuerdo  Completo acuerdo

41. Me cuesta trabajo entender lo que sucede a mi alrededor      Completo desacuerdo  Completo acuerdo
42. No puedo hacer bien las cosas normales      Completo desacuerdo  Completo acuerdo
43. No sé lo que me pasa y eso me asusta      Completo desacuerdo  Completo acuerdo
44. Me molesta no tener gracia para contar chistes      Completo desacuerdo  Completo acuerdo
45. Me desagrada no poder hacer lo que tengo que hacer      Completo desacuerdo  Completo acuerdo
46. Me voy de casa o me escondo cuando hay gente que no quiero ver      Completo desacuerdo  Completo acuerdo

## Anexo 5.- Test de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Identificación ..... Fecha .....

*Indique si las afirmaciones siguientes reflejan o no sus reacciones.*

	<u>Verdadero</u>	<u>Falso</u>
1. Me siento relajado incluso en situaciones sociales no familiares		
2. Trato de evitar las situaciones en las que debo ser muy sociable.		
3. Me resulta fácil relajarme cuando estoy con extraños.		
4. No tengo ningún deseo en especial de evitar a la gente.		
5. Normalmente los encuentros sociales me resultan incómodos.		
6. Normalmente me siento tranquilo y cómodo en los encuentros sociales.		
7. Normalmente estoy cómodo cuando hablo a alguien del sexo opuesto.		
8. Trato de evitar hablar con las personas, a no ser que las conozca.		
9. Si tengo la oportunidad de conocer gente, normalmente la aprovecho.		
10. Frecuentemente me siento nervioso en reuniones informales en las que están presentes personas de ambos sexos.		
11. Normalmente me pongo nervioso con las personas, a menos que las conozca.		
12. Normalmente estoy relajado cuando estoy con un grupo de personas.		
13. Frecuentemente deseo huir de la gente.		
14. Frecuentemente me siento incómodo cuando estoy con un grupo que no conozco		
15. Normalmente estoy relajado cuando estoy con alguien por primera vez.		
16. Ser presentado a alguien me pone tenso y nervioso.		
17. Aunque una habitación esté llena de personas no conocidas, puedo entrar sin ningún problema.		
18. Evitaría acercarme a un amplio grupo de personas y unirme a ellas.		
19. Cuando mis superiores quieren hablar conmigo, lo hago gustosamente.		
20. Frecuentemente me siento nervioso cuando estoy con un grupo de gente.		
21. Tiendo a huir de la gente.		
22. No me importa hablar con la gente en reuniones informales y encuentros sociales.		
23. Raras veces me siento cómodo con un amplio grupo de personas.		
24. Frecuentemente invento excusas para evitar compromisos sociales.		
25. Algunas veces tomo la responsabilidad de presentar a la gente.		
26. trato de evitar los encuentros sociales formales.		
27. Normalmente voy a cualquier compromiso social que tengo.		
28. Tengo facilidad para relajarme cuando estoy con otras personas.		

TOTAL:

## Anexo 6.- Escala de depresión geriátrica

1. ¿Está Ud. satisfecho con su vida?	sí	NO
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?	SÍ	no
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	no
4. ¿Se siente Ud. frecuentemente aburrido?	SÍ	no
5. ¿Tiene Ud. mucha fe en el futuro?	sí	NO
6. ¿Tiene pensamientos que le molestan?	SÍ	no
7. ¿La mayoría del tiempo está de buen humor?	sí	NO
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?	SÍ	no
9. ¿Se siente Ud. feliz la mayoría del tiempo?	sí	NO
10. ¿Se siente Ud. a menudo impotente?	SÍ	no
11. ¿Se siente a menudo intranquilo?	SÍ	no
12. ¿ Prefiere quedarse en su cuarto en vez de salir?	SÍ	no
13. ¿Se preocupa Ud. a menudo sobre el futuro?	SÍ	no
14. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	SÍ	no
15. ¿Cree que es maravilloso estar viviendo?	sí	NO
16. ¿Se siente Ud. a menudo triste?	SÍ	no
17. ¿Se siente Ud. inútil?	SÍ	no
18. ¿Se preocupa mucho sobre el pasado?	SÍ	no
19. ¿Cree que la vida es muy interesante?	sí	NO
20. ¿Es difícil para Ud. empezar nuevos proyectos?	SÍ	no
21. ¿Se siente lleno de alegría?	sí	NO
22. ¿Se siente Ud. sin esperanza?	SÍ	no

23. ¿Cree que los demás tienen más suerte que Ud.?	<b>SÍ</b>	<b>no</b>
24. ¿Se pone Ud. muy nervioso por pequeñas cosas?	<b>SÍ</b>	<b>no</b>
25. ¿Siente a menudo ganas de llorar?	<b>SÍ</b>	<b>no</b>
26. ¿Es difícil para Ud. concentrarse?	<b>SÍ</b>	<b>no</b>
27. ¿Está contento de levantarse por la mañana?	<b>sí</b>	<b>NO</b>
28. ¿Prefiere evitar grupos de gente?	<b>SÍ</b>	<b>no</b>
29. ¿Es fácil para Ud. tomar decisiones?	<b>sí</b>	<b>NO</b>
30. ¿Está su mente tan clara como antes?	<b>sí</b>	<b>NO</b>
<p>Sumar 1 punto por cada respuesta indicada en negrita y mayúscula No depresión 10 o menos</p> <p>Límite depresión/ depresión: 11 o más (Sensibilidad: 84%; Especificidad: 95%)</p>	<b>Puntuación Total</b>	

## Anexo 7.- Autorización coordinadora del centro Gerontológico

MINISTERIO DE INCLUSIÓN  
ECONÓMICA Y SOCIAL



### AUTORIZACION

En mi calidad de coordinadora del CENTRO GERONTOLOGICO "DEL BUEN VIVIR" DE LA CIUDAD DE BABAHOYO zona 5 distrito Babahoyo autorizo a la Srta. **KIMBERLY PAMELA REYNA ALBURQUEQUE** con cedula de identidad N° **120502258-3** egresada de la facultad de ciencia sociales y de la educación, carrera de psicología clínica de la Universidad Técnica de Babahoyo tiene el permiso respectivo para que realice su trabajo de investigación en esta institución.

Extiendo esta certificación para que la interesada haga de ella el uso legal que estime conveniencia.

Babahoyo, Julio 19 del 2019

Cordialmente,  
  
ING. LADY JUNCOS SANTILLAN  
COORDINADORA