



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:

FACTORES PSICOSOCIALES Y DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN UN
PACIENTE

AUTORA:

JOSELIN LORENA SUAREZ VILLAMAR

TUTORA:

MSC. INGRID ZUMBA VERA

BABAHOYO – AGOSTO/2019



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	iii
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	2
JUSTIFICACIÓN	2
SUSTENTOS TEÓRICOS.....	3
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	10
RESULTADOS OBTENIDOS	12
CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFÍA	20
ANEXOS	
ANEXO 1: FOTOGRAFIAS	
ANEXO 2. FICHA DE OBSERVACIÓN 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 vejez ciertamente es una etapa en la cual estamos expuestos a pérdidas de manera más frecuente y estas no son únicamente de tipo afectivo, sino, además, pueden estar asociadas a una serie de factores psicosociales estresantes como: la aparición de enfermedades crónicas, el deterioro físico, pérdida de capacidades sensoriales, etc. Los instrumentos utilizados en la investigación cumplieron a cabalidad con sus propósitos, coadyuvando en el diagnóstico del trastorno que estaba afectando al adulto mayor.

El factor estresante detectado ha sido la pérdida y disminución de las capacidades físicas además de la pérdida de su pareja y la separación de su entorno familiar provocando deterioro emocional e incapacidad funcional, por lo fue derivado que reciba atención psicológica para sobreponerse a esta condición. Para superar la depresión geriátrica consecuencia de factores psicosociales estresantes, el Tratamiento de la desde el enfoque cognitivo resulto de gran utilidad al paciente adulto mayor a superar este trastorno.

Palabras clave: factor, estresantes, depresión, geriátrica, enfermedad, entorno, familiar



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



ABSTRACT

Old age is certainly a stage in which we are exposed to losses more frequently and these are not only affective, but they can also be associated with a series of stressful psychosocial factors such as: the appearance of chronic diseases, deterioration physical, loss of sensory abilities, etc. The instruments used in the investigation fully fulfilled their purposes, contributing to the diagnosis of the disorder that was affecting the elderly.

The stressful factor detected has been the loss and decrease of physical abilities in addition to the loss of their partner and the separation of their family environment causing emotional deterioration and functional disability, so it was derived that they receive psychological attention to overcome this condition. To overcome geriatric depression as a result of stressful psychosocial factors, the treatment of the cognitive approach was very useful for the elderly patient to overcome this disorder.

Keywords: stressors, geriatric depression, disease, environment, family

Introducción

La depresión es un desorden emocional categorizado en los trastornos afectivos, caracterizado por tristeza patológica, pérdida de interés y capacidad para disfrutar de actividades placenteras, también disminuye la vitalidad y el nivel de actividad habitual, y provoca un cansancio más aun cuando se presenta en adultos mayores, esta investigación indaga si relación entre Factores psicosociales y los procesos evolutivos de esta.

El presente estudio de caso se encuentra inmerso en la Línea de investigación de la Carrera de Psicología enfocado en la prevención y el diagnóstico y tiene como Sub- Línea de investigación, el funcionamiento socio afectivo en el ámbito familiar y su influencia en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Resalta la importancia, los aportes y beneficiarios, de realizar esta investigación, pues contribuye al bienestar de un grupo social, muchas veces olvidado y que, a consecuencia de factores estresantes, en este caso, la reducción de su capacidad física, produce deterioro en su estado de ánimo conduciéndole hacia la depresión.

Se especifican las técnicas utilizadas en el proceso de evaluación al paciente, así como sus autores además del propósito, a continuación, se detalla el caso, se especifica lo realizado en todas las fases del proceso diagnóstico, posterior a esto se procedió al análisis de resultados con lo que se obtuvo el diagnóstico de depresión geriátrica.

Concluida esta fase se acordó la necesidad de proceder con la implementación de un plan terapéutico, con objetivos y técnicas específicamente escogidas para mejorar el estado anímico del adulto mayor, la intervención realizada cumplió a cabalidad con sus metas y se vio reflejado en el restablecimiento funcional del paciente.

DESARROLLO

Justificación

Este trabajo se realiza debido a que la depresión geriátrica y los Factores psicosociales se encuentran relacionadas y por ende es necesario identificar de manera podemos inferir en que estos mejoren o en cuyo caso la percepción del adulto mayor y así encontrar mejoría en su estado de ánimo.

La trascendencia de esta investigación se debe a que aportará conocimientos sobre las causas y efectos de la depresión en un adulto mayor atendido en el Centro Gerontológico “Del Buen Vivir” del Cantón Babahoyo, lo que contribuirá a fomentar políticas encaminadas al mejoramiento de la salud mental de las personas de la tercera edad.

El beneficiario directo fue el paciente que participo en el estudio de caso, indirectamente la Institución gerontológica porque uno sus usuarios recibieron tratamiento a la condición que le afectaba, además de la realizadora del trabajo de investigación por la oportunidad de poner en práctica los conocimientos aprendidos en las aulas educativas.

El estudio caso conto con la factibilidad de realizarse de debido a que conto el consentimiento del paciente, las autoridades, facilitaron la autorización, así como las facilidades para su realización, los recursos metodológicos y materiales procedieron de la autora de la investigación.

La trascendencia radica en el aporte de técnicas diagnósticas para detectar la depresión geriátrica, así como determinar cómo los factores psicosociales se encuentran relacionados con su proceso evolutivo, además brinda alternativas terapéuticas para el tratamiento de este trastorno mental.

Objetivo

Establecer si Factores psicosociales inciden depresión geriátrica en un paciente del Centro Gerontológico “Del Buen Vivir” del Cantón Babahoyo

Sustentos Teóricos

Factores psicosociales

El Comité OMS/Mixto OIT, expone que los factores psicosociales consiste en la interacción entre, una parte, el labor, el entorno y las condiciones de organización, y por ultimo están las capacidades del trabajador, su cultura y su situación personal fuera del área laboral, ,a través de percepciones y experiencias, pueden influenciar en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo” (Organizacion Mundial de Salud [OMS], 2017).

Las consecuencias negativas que los factores psicosociales que tienen en la salud del trabajador hacen mención a alteraciones fisiológicas y psicosomáticas (cefalea, dolores musculares; trastornos del sueño.), psíquicas (falta de atención, pérdida de memoria, etc.)

No obstante, hay factores que influyen en el adulto mayor tenga una perspectiva mejor de ver su vida y percibir el bienestar por ejemplo que realizó una relación conceptual a las condiciones del adulto mayor en América Latina. Siendo parte de la investigación Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) que conto con datos de los adultos mayores en América Latina. Planteó las capacidades y debilidades de nociones como los estilos y habito de vida para apreciar las distintas facetas de la vida social del adulto mayor. (Ferdinan, J, 2014)

Se puede observar en la investigación, que en un contexto del incremento del desempleo y de disminución en los ingresos, se evidenció el aumento en el deterioro de las condiciones de vida de los adultos mayores y más aún a los que no poseen protección social. Por otro parte, informan que los adultos mayores desarrollan un nivel de actividad social determinada básicamente por tres condiciones: las factoras de salud, la posición económica y el soporte social. (Garcia, A, 2015)

Incluso se deben considerar los aspectos objetivo y subjetivo con la misma atención en todas las capacidades de vida de los adultos mayores (personales y socioambientales), fundamentalmente al momento generar políticas y proyectos dirigidos a mejorar la calidad vida de las personas adultas mayores y la igualdad intergeneracional. Gómez describe la importancia de envejecimiento humano activo y saludable vinculado con el aumento demográfico y a la colaboración activa de la familia y la sociedad(Gomez, 2015)

En el contexto mundial se considera que habrá un aumento notable a escala global, y en el futuro del número de adultas mayores en el planeta superando la población de jóvenes lo que constituye un desafío para los países involucrados en el agrandamiento demográfico, incluido el Ecuador. (Simon, H, 2015)

Agrega que además a lo anterior se multiplican las discapacidades de forma abismal, a partir de que en esta etapa del desarrollo funcional el sujeto tiene más posibilidades de deterioro y de fragilidad, en detrimento del estado anímico – emocional de las personas de la tercera edad que se ve seriamente afectado (Gutierrez, 2014)

Según Gutiérrez Rodríguez, la jubilación laboral representa un cambio en las relaciones de la familia., la forma en que el sistema familiar se reestructure, mejorara la relación en la armonía y el respeto al interior de los límites

familiares. Al adulto jubilado le es dificultoso reencontrarse en el hogar y en ocasiones prefieren vivir de solos. La adulta mayor regresa a las funciones que tenía antes de laboral, las tareas domésticas, experiencia, que toma en la mayoría de los casos, como un cambio de lo más natural (Gutierrez, 2014).

LA DEPRESIÓN

La depresión es un cumulo de signos y síntomas que se manifiestan por la pérdida del interés y la incapacidad de llegar a sentir placer por las actividades cotidianas. Esto Incluye como la desmotivación, alteración en las áreas emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En la persona adulto mayor se manifiesta por la ausencia y por la gravedad del deterioro de la funcionalidad, existiendo diferente grado de severidad.

Se han descrito los siguientes tipos de Depresión:

Trastorno Depresivo Mayor

Es el más característico y el que concentra la mayoría de síntomas. Cuando el paciente se muestra extremadamente apático y con inhibición psicomotriz, se habla también de melancolía; en los casos más graves conduce al estupor depresivo. En el que el paciente se encuentra inmóvil e incluso puede rechazar comer o beber.

Existe un subtipo en el que aparecen trastornos delirantes, es decir creencias firmemente sostenidas, pero sin fundamentos adecuados. Los delirios suelen ser de culpa o ruina.

Distimia

Se distingue por su cronicidad, la inestabilidad del humor, la fuerte ansiedad y la fluctuación del estado de ánimo. La baja autoestima y la desesperanza son también características de la distimia.

Trastorno afectivo estacional.

Aparece de forma regular y repetida, coincidiendo con cambios estacionales, en general, en otoño e invierno, y asociado a los cambios lumínicos. Somnolencia excesiva, apetencia por los hidratos de carbono junto con los síntomas típicos de la depresión, destacando la fatiga.

Trastorno Bipolar.

Implica la existencia d episodios depresivos graves alternados por otros de exaltación de las funciones mentales (“manía”), consistente en aceleración del pensamiento, hiperactividad, gastos descontrolados, insomnio e irritabilidad.

Ciclotimia

Se caracteriza por manifestaciones leves e imprevisibles con cambios frecuentes de estado de ánimo (de la euforia a la tristeza) en varios días, sin motivo aparente; son sujetos muy inestables. Es difícil diferenciarla de los cambios normales.

Es primordial indicar que los criterios del DSM – V no se presenta en su total los criterios en los adulto mayores deprimidos y algunas alternativas en la expansión de la depresión en el adulto mayor son: irritabilidad, agitación, ansiedad, preocupación, quejas somáticas, deterioro cognitivo, disminución de la iniciativa y de la capacidad de resolución de problemas, deterioro del auto cuidado, abuso de alcohol y otras sustancias, aislamiento social, culpa excesiva, paranoia, obsesiones y compulsiones, discordia marital, son elementos que tenemos que considerar para establecer el diagnóstico de depresión en el adulto mayor. (Organizacion Mundial de la Salud[OMS], 2016).

Síntomas principales de la depresión geriátrica

Es importante destacar la existencia de heterogeneidad y amplitud de los síntomas relacionados con la depresión, tanto a nivel anímico cognitivo como somático, lo que hace que exista discrepancia respecto de las características distintivas de la depresión en el adulto mayor; sin embargo, existe consenso respecto a diferenciar la depresión de inicio temprano con la depresión de inicio tardío, cuyo primer episodio depresivo ocurre después de los 60 años. (Organización Mundial de Salud, OMS, 2014)

En la depresión de inicio tardío, existe menor frecuencia de antecedentes familiares psiquiátricos, alteraciones de la personalidad y mayor presencia de síntomas psicóticos (alucinaciones o ideas delirantes), que motivarían el diagnóstico de depresión psicótica. (Moro, K, 2015)

Además, existe mayor asociación con factores de riesgo cardiovascular, motivando el diagnóstico de depresión vascular y presencia de comorbilidad con otras enfermedades médicas (cáncer, dolor crónico, insuficiencia renal crónica, enfermedades del sistema nervioso, infarto agudo al miocardio, entre otras). Es relevante mencionar que los adultos mayores con depresión, presentan frecuentemente polifarmacia, debido tanto a comorbilidades y automedicación, como a mantención de tratamientos no necesarios, lo que puede inducir, potenciar o interferir con el tratamiento del cuadro depresivo. (Simon, H, 2015)

Otro elemento particular de la depresión geriátrica es la presencia de síntomas cognitivos, aun- que se debe destacar que no todo paciente adulto mayor con depresión presenta alteraciones cognitivas, se puede distinguir de esta forma, la depresión sin alteración cognitiva, la depresión con síntomas cognitivos asociados (pseudodemencia) presumiblemente reversible posterior al tratamiento, la depresión con alteraciones cognitivas concomitantes y la depresión con disfunción ejecutiva, siendo esta última altamente resistente al tratamiento farmacológico. (Gutierrez, 2014)

Como última distinción con la depresión a edades más tempranas, la depresión en el anciano se asocia con una mayor tendencia a la cronicidad y/o respuesta incompleta o tardía a fármacos con un alto riesgo de recaídas y/o de evolucionar a demencia.

Prevalencia e incidencia de la Depresión en la Población Geriátrica

No hay una clasificación determinada para los cuadros depresivos en el adulto mayor, por lo que se han de usar las construidas para la anciana, DSM-V y CIE-10. No obstante, numerosos pacientes no llegan a cumplir los criterios enunciado en estos manuales de clasificación, el criterio clínico del experto constituye un elemento principal en el diagnóstico de la depresión subclínica, por esta razón es muy usual que estos cuadros afecten tanto en las áreas funcionales y cognitivas como en el curso de las enfermedades de base, haciendo necesario su atención y tratamiento. (Organizacion de las Naciones Unidas [ONU], 2013).

En estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos, se constató que la prevalencia de depresivos es alta en pacientes hospitalizados e institucionalizados que en personas insertas en la colectividad. Entre 1 y 4% de la población de adultos mayores en la colectividad presentan depresión mayor, similar incidencia de 0-15% por año, mientras que en usuarios hospitalizados este porcentaje incrementa al 10-12% y 12-14% en usuarios institucionalizados (Organizacion Mundial de la Salud[OMS], 2016)

En Chile se realizó un estudio donde se mostró que la depresión constituye una de las 21 enfermedades en la colectividad de los adultos mayores prioritarias en salud, estudiada en los últimos años en la encuesta nacional de salud en que se notó una prevalencia de 3,7% de síntomas depresivos en el último mes (hombres: 2; mujeres: 4,9) donde el porcentaje más alto en el segmento con escolaridad básica (5,6%), de usuario en edades de 65 años. En los casos de los síntomas depresivos en los últimos años, estas cifras aumentan la prevalencia a

13,4% (hombres: 7,2; mujeres: 17,8), evidenciándose mayor porcentaje en el conjunto de adultos con escolaridad leve (18,6%) (10) (Quezada, 2016).

Factores psicosociales y depresión

Harrison en sus investigaciones muestra resultados semejantes, reluce una estrecha correlación entre síntomas somáticos y la depresión, comprobando la existencia de ambos en estudios transversales, identificando que las dolencias físicas en las consultas pueden preceder a la depresión, todo lo anterior, indica que es significativo señalar que la depresión se encuentra asociada con un deterioro en el bienestar y funcionabilidad del paciente, independiente de la gravedad de la depresión. (Harrison, P, 2014)

La depresión es la enfermedad psíquica más prevalente en atención primaria de salud, pasados los 65 años resalta que el 50 % de los individuos manifiestan algún tipo de alteración psíquica en la que prevalecen muy por encima la ansiedad y la depresión. (Mora, 2019)

Una de la conclusión a la que llegaron investigadores de rango mundial, múltiples factores psicosociales que interfiere en la depresión de los ancianos, prevalecen ante todo, los eventos que ocurren en la convivencia familiar que si el adulto es o no funcional trae como consecuencia el empeoramiento de los factores psicosociales, por lo que se hace recomendable realizar intervenciones para reeducar al sistema familiar a convivir funcionalmente con el adulto mayor. (Organizacion Mundial de Salud [OMS], 2017)

Entre los factores de riesgo individual que, acorde a la investigación científica, es sustancial en la ocurrencia de la depresión, se presenta: presencia de la necesidad de compartir sus experiencias vitales, pérdida de los roles sociales, violencia psicológica, terror a la muerte, viudez, problemas en la dinámica

familiar, aislamiento, persona sin apoyo social, falta de apoyo familiar, síntomas de impulsividad, angustia y hostilidad. (Arreaga, 2015)

Este aspecto es vital al tenerse en cuenta que a partir que la muestra de estudio, vive en el entorno familia lo cual no está aislado de tener la misma percepción de los adultos mayores institucionalizados.

Técnicas aplicadas para la recolección de la información

Para recolectar información sobre la historia personal del paciente, así como para el análisis funcional y la percepción que tiene sobre su entorno se aplicaron las siguientes herramientas de valoración diagnóstica

Historia clínica: La Historia clínica servirá para recopilar información personal de sus antecedentes hasta la actualidad e indagar por medio de estas sobre el origen de su problemática y plantear soluciones.

Guía de observación: Otra herramienta auxiliar empleada fue la “Guía de observación” que son herramientas y evaluación y recolección de datos, acerca de un objetivo específico, sobre la que se registran variables específicas que sirvan para adicionar datos a fin de brindar recomendaciones para la mejora correspondiente, estas fichas pueden ser de corta duración o de gran duración.

Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida

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

Año: 1995

El Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida, está constituido por dos escalas, la Escala de Aspectos Favorables, y la Escala de Aspectos Desfavorables se compone de 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 Autoestima, Armonía, La escala CSCV-D la componen es que explican el 5% de la varianza total y agrupa a 46 ítems. Sus componentes fueron: Falta de aprehensión cognitiva Pérdida de energía), Falta de control interno, Dificultad de expresión emocional, Dificultad de expresión cognitiva, Extrañamiento Sirvió para conceptualizar la calidad de vida desde el punto de vista del paciente (Ramirez, J, 2014).

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 Test de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (PGC – IADL) Fue construida específicamente para población anciana, institucionalizada o no, tiene como finalidad evaluar las capacidades funcionales de los ancianos según diferentes niveles de competencia, en especial la autonomía física e instrumental en actividades de la vida diaria. (Matheus. G, 2016).

Escala de depresión geriátrica

Autor: Jerome Yesavage Año: 1982

Se trata de un instrumento de autoreporte compuesto por 30 reactivos que evalúan la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas, 20 de ellas miden la presencia de síntomas, mientras que 10 son considerados ítems inversos, Es una escala ambivalente en la que el entrevistado responde sí o no. El puntaje más bajo es 0 y el más alto es 30, en donde altas puntuaciones sugieren altos riesgos de presentar depresión. Su uso tuvo la finalidad el nivel de depresión en el paciente adulto mayor. (Matheus. G, 2016).

Resultados Obtenidos

Desarrollo del caso

“Jaime” (nombre protegido), se trata de un paciente de 83 años, viudo, nacido en Pueblo Viejo en el recinto Campo Alegre en enero de 1933. Su educación es secundaria y actualmente vive en Babahoyo es paciente permanente en el Centro Gerontológico “Del Buen Vivir” del Cantón Babahoyo Su familia está constituida por 2 hijas, 3 nietos, 7 bisnietos, su esposa falleció hace 6 años. En cuanto a la historia evolutiva no refirió ninguna alteración. Se casó a los 22 años.

Las hijas de “Jorge” viven con sus familias en las afueras de Babahoyo, mientras viva su esposa él vivió con ella en una casita pequeña pero cómoda en “El Salto” pero posterior al fallecimiento de su cónyuge y la disminución de sus capacidades físicas, estuvo viviendo con una de sus hijas, pero el lugar era demasiado estrecho y con su yerno no mantiene buenas relaciones, porque es mal genio, tomaron la decisión hace cuatro años de internarlo en el Centro gerontológico.

“me siento mal psicólogo, no soy el hombre que solía ser, a mí me gusta ganarme el dinero por mí mismo nunca fui mantenido de nadie y míreme ahora, para todo necesito ayuda, eso me pone triste, extraño a mi esposa, cuando estaba conmigo todo era mujer, mis hijas casi ni me visitan, extraño mucho a mis nietos, como quisiera verles” (Jorge)

Situaciones detectadas

El paciente “Jaime” es un hombre viudo de 83 años de edad. Estudió hasta 4º año de Primaria. Debido a que su madre falleció, no pudo seguir estudiando y se vio en la necesidad de laborar. Los trabajos que realizó fueron los de soldador eléctrico y construcción, estuvo casado por casi 50 años.

“Todo fue que me caí, allí empeoraron los temblores, me tiemblan manos y piernas, me dan pastillas para que tranquilice mi cuerpo, pero no hace caso, a veces resulta intolerable la tembladera, me tienen que ayudar a bañarme y a vestirme porque me puedo caer y para caminar tengo usar uso bastón”. (Jorge)

Agrega:

“Fui nadador, hacia clavados en el rio, me encantaba practicar deportes, principalmente jugar indoor, con mis amigos, ya no están, ahora uso bastón, hasta para hacer mis necesidades necesito apoyo, me gustaría salir al campo, me gustaba recorrer el huerto de mis abuelos cuando era niño, sí que corría con mis hermanos”

“soy un inútil, me vida se ha vuelto un desastre, es verdad que aquí me tratan muy bien, pero no es lo mismo, la enfermedad me mantiene incapacitado de ser lo que era yo, extraño mi vida de antes no me gusta estar, esta tembladera me descontrola completamente, porque me ha sucedido esto a mí, quizás dios me está castigando”

El paciente estudió primaria, y de allí aprendió su oficio como oficial de un maestro, al centro acuden personas de colegios o grupos, de una a dos veces al mes y de esto refiere: “nos vienen a dar refrigerios, a veces hacen alguna obra de teatro, nos platican o nos leen algo”.

Con relación a su salud física, antes de ingresar al asilo comenta que era buena y debido a que le diagnosticaron Parkinson, refiere: “me metieron aquí”. Ahora le está afectando su sistema nervioso y de esto comenta: “me caigo varias veces al día” esto le mantiene molesto, extraña cuando podía hacer las cosas por sí solo y era útil porque se mantenía con su trabajo.

El paciente manifiesta que el nivel, frecuencia y satisfacción de las actividades que realiza son menores a personas con sus mismas características. Esto se debe que el sujeto ya no puede desempeñar actividades físicas por sí mismo debido a la enfermedad de Parkinson.

Los instrumentos utilizados en la investigación, la ficha de observación y del test de la familia además de la escala de depresión geriátrica se pudo determinar que el paciente adulto mayor presenta deterioro significativo en las áreas cognitivas y emocionales, reuniendo criterios diagnósticos de F34.1 trastorno depresivo persistente asociado

Soluciones planteadas

1ra sesión.

Categoría: Educativa

Técnica: Psicoeducación

Objetivo: informar al paciente sobre el trastorno depresivo persistente asociado

Actividad: facilitar al paciente información sobre el trastorno depresivo persistente asociado, y las diferentes alternativas terapéuticas para superar esta afección. La Psicoeducación es una estrategia psicológica que hace referencia a la información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, la resolución de problemas y otras técnicas, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas.

Resultados esperados: que el paciente adquiriera conocimientos sobre la afectación que se encontraba padeciendo sobre los tratamientos psicológicos disponibles.

2da sesión.

Categoría: educativa

Técnica: Auto-registros

Objetivo: enseñar al paciente el uso de auto-registros cognitivos-emotivos

Actividad: registrar las emociones y sentimiento negativos Si se realiza el autorregistro se podrá analizar de qué situación inicial partimos, qué nos pasa por la cabeza ante esa situación, qué sentimientos nos provoca ese pensamiento y cuál es la consecuencia (o conducta) que aparece después de ese sentir/pensar. A raíz de esto podremos tomar medidas y cambiar la perspectiva de forma que aumentemos los días que estamos bien y disminuyamos los días que estamos mal. Además, nos sentiremos con el control y con los recursos para enfrentarnos a las situaciones temidas.

Resultados esperados: permite concientizar y encasillar adecuadamente las experiencias y emociones negativas.

3ra sesión.

Categoría: cognitiva

Técnica: Reestructuración cognitiva:

Objetivo: modificar pensamientos disfuncionales

Actividad: es una estrategia general de las terapias cognitivo-conductuales, destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el diálogo socrático, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos.

Resultados esperados: que el paciente modifique sus creencias y sentimientos de inutilidad subyacentes.

4ta sesión.

Categoría: conductual

Técnica: Entrenamiento en habilidades sociales

Objetivo: mejorar las relaciones sociales

Actividad: esta técnica tiene la finalidad de facilitar un funcionamiento óptimo en las interacciones sociales. La dinámica consiste en repetir y practicar la conducta o comportamiento ambicionado en el mayor número de situaciones, de la forma más variada y más real posible. Las características principales del entrenamiento en habilidades sociales son: Incremento y desarrollo del catálogo de conductas que posee la persona.

Resultados esperados: que el comportamiento del paciente mejore en las relaciones con sus compañeros del Centro gerontológico.

5ta sesión.

Categoría: conductual

Técnica: resolución de conflictos

Objetivo: adiestrar a el paciente en la resolución optima de conflictos

Actividad: en modelo de intervención, basado en técnicas cognitivas y conductuales, que tiene como objetivo mejorar nuestras capacidades para enfrentarnos a aquellas situaciones que nos complican el día a día y nos producen malestar, su propósito enseñar al paciente estrategias para la consecución de objetivos personales.

Resultados esperados: que el paciente aprenda alternativas viables que le permitan desenvolverse con mayor funcionalidad

6ta sesión.

Categoría: cognitiva

Técnica: reflexión cognitiva

Objetivo: enseñar estrategias de procesamiento cognitivo y emocional

Actividad: inducir al paciente a vivir en el presente y no de los recuerdos de experiencias negativas del pasado, con la teoría del procesamiento emocional, la exposición repetida al recuerdo traumático en un entorno seguro tendrá como resultado la habituación al miedo y al cambio subsiguiente de la estructura del miedo. Conforme disminuye la emoción, los pacientes con experiencias, empezarán a cambiar su significado espontáneamente, modificarán las autoafirmaciones y reducirán su generalización.

Resultados esperados: que el paciente sea consciente que edad trae molestias que hay que saber confrontarlas

7ma sesión.

Categoría: conductual

Técnica: activación conductual

Objetivo: es un procedimiento que enfatiza los intentos sistemáticos en incrementar conductas que hagan probable el contacto con las contingencias ambientales reforzantes y produzcan, a su vez, cambios en los pensamientos, el humor y la calidad de vida. Naturalmente, se trata de ‘activar’ a la persona en la medida de sus posibilidades actuales y de acuerdo con sus intereses y valores., tiene como propósito incentivar actividades que induzcan sensaciones placenteras en el paciente.

Actividad: realizar actividades fuera del centro gerontológico

Resultados esperados: que el paciente retome la satisfacción por las actividades distractoras

Conclusiones

La tercera edad es una etapa en la cual estamos expuestos a pérdidas de manera más frecuente y estas no son únicamente de tipo afectivo, pueden estar asociadas a una serie de factores psicosociales estresantes como: la aparición de enfermedades crónicas, disminución

de recursos económicos, el deterioro físico, la pérdida de roles sociales, la jubilación, disminución o pérdida de capacidades funcionales y sensoriales, que ocasionan en el estado anímico de los adultos mayores.

El factor estresante detectado ha sido la pérdida y disminución de las capacidades físicas además de la pérdida de su pareja y la separación de su entorno familiar provocando deterioro emocional e incapacidad funcional, por lo que fue derivado que reciba atención psicológica para sobreponerse a esta condición.

La investigación corrobora lo indicado por investigaciones previas realizadas sobre esta problemática, confirmando que la depresión geriátrica es la principal afectación en adultos mayores y que puede desencadenarse ante la presencia de cualquier factor estresante si el individuo carece de capacidades de afrontamiento emocional o resiliencia.

Las técnicas utilizadas en la investigación cumplieron con los propósitos, ayudando a el diagnóstico del trastorno que estaba afectando a el paciente, así como las directrices clínicas a proseguir en el proceso de intervención terapéutica adaptado a las necesidades del paciente adulto mayor.

En el caso específico del paciente, uno de los factores que parece haber favorecido el cambio es que se encontraba lúcido, con sus funciones cognitivas conservadas, además del hecho de tener un medio ambiente con posibilidades de interacción con otras personas, también es un factor a favor, aun cuando el soporte familiar estuviera básicamente ausente.

En cuanto a las dificultades se aprecia, sobre todo al principio, la falta de hábito del paciente para hacer autorregistros, por esta razón, resulta, otra dificultad específica con el paciente es su carencia de familiares, hecho que de alguna manera limita su red de apoyo social; sin embargo, se tiene como objetivo suplir esta carencia con la formación de amistades con el fin fortalecer sus redes sociales.

Para superar los factores psicosociales estresantes se hace muy importante desarrollarse personalmente, este se ve afectado por la falta de una red de apoyo familiar, vecinal y comunal adecuado lo cual dificulta que las personas adultas mayores afronten las situaciones de pérdida de una mejor manera.

El Tratamiento de la depresión geriátrica desde el enfoque cognitivo conductual dispone de técnicas como reestructuración cognitiva, posicionamiento cognitivo, entrenamiento en habilidades sociales, etc., que serían de gran utilidad al paciente adulto mayor a superar este trastorno.

Se recomienda a las instituciones encargadas del bienestar psicológico de los adultos mayores realizar campañas encaminadas a promover capacidades de afrontamiento a experiencias o situaciones estresantes que puedan afectar el estado anímico-emocional de este grupo etario.

Por la eficacia del tratamiento aplicado al paciente adulto mayor sería válida la implementación de las estrategias psicoterapéuticas empleadas aquí, en otras patologías de atención mental por la versatilidad de estas en su aplicación.

Continuar realizando investigaciones encaminadas al mejoramiento de la salud mental de los adultos mayores, así como a la prevención, inclusión social, con el fin de que se amplíe a todos los ámbitos en que involucre o se pueda vincular de alguna manera a este grupo.

Bibliografía

- American psiquiariical assosiation [APA]. (2015). Diagnostical stadistic disorder . Pennsylvania: APA.
- Bejarano. A. (2017). Autonomia y senectud. Cartagena: Oveja negra.
- Diaz, R. (2016). Felicidad y funcionalidad en la edad dorada. Guadalajara: Hilanda.
- Dominguez, L. (2015). Las capacidades funcionales en el adulto mayor . Buenos Aires: Piramide.
- Duche, P. (2014). Discapacidad, sus efectos en la calidad de vida. Madrid: Buenaventura.
- Dulcey, E. (2016). Ancianidad, como disfrutar de una vejez saludable. Toronto: Sonfather.
- Felce, P. (2014). Gerontologia. San Andres: Eagle.
- Garcia, A. (2015). Salud y bienestar en la etapa final. Barcelona: Paidos.
- Garcia, D. (2016). El adulto mayor, bienestar y salud. Bogota : La Hojarasca.
- Intriago, A. (2016). Integracion social en el adulto mayor. Madrid: La cuspid.
- Jariel, K. (2014). Calidad de Vida, una necesidad o una exigencia. New Orleans: Whitetree.
- Larry H. (2013). Los desafios de la tercera edad. Quincy: Planet.
- Ledesma, O. (2018). Inclusion, ambigüedades . Cuzco: Libelula.
- Matheus. G. (2013). Diagnostico, test y escalas para niños y adultos. Toronto: Worldblue.
- Monoy y Sandoval. (2015). La tercere edad, politicas de inclusion . Montevideo : El valle.
- Ocampo, F. (2016). Apoyo social en la tercera edad. Ambato: Toledo.
- Organizacion mundial de la salud [OMS]. (2018). Informe mundial sobre la calidad de vida. New York: Naciones Unidas.
- Organizacion Mundial de Salud, OMS. (2014). Informe de la tercera edad. New York: OMS.
- Peña, J. (2017). Test psicodiagnosticos. Santiago: TEA ediciones .

Ramirez, J. (2014). Tecnicas diagnosticas en personas adultas mayores. Madrid: Sevillana.

Suarez, D. (2016). El ocio en la tercera edad. Lima: Oveja negra.

Zapatero, N. (2014). Salud y convivencia, la clave al final del camino. Mexico: El Jefe.

ANEXOS

Anexo 1: Fotografías

Imagen 1



La autora del estudio de caso Joselin Lorena Suarez Villamar en compañía de la tutora del proyecto Msc. Ingrid Zumba Vera durante la primera sesión de tutoría.

Imagen 2



La autora del estudio de caso Joselin Lorena Suarez Villamar en compañía de la tutora del proyecto Msc Ingrid Zumba Vera durante la segunda sesión de tutoría.

Imagen 3



Aplicando los test que se implemento en la metodologia, con el objetivo de corroborar nuestro diagnostico.

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 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 acuerdo Completo desacuerdo Completo
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
acuerdo Completo desacuerdo Completo
43. No sé lo que me pasa y eso me asusta
acuerdo Completo desacuerdo Completo
44. Me molesta no tener gracia para contar chistes
acuerdo Completo desacuerdo Completo
45. Me desagrada no poder hacer lo que tengo que hacer
acuerdo Completo desacuerdo Completo
46. Me voy de casa o me escondo cuando hay gente que no quiero ver
acuerdo Completo desacuerdo Completo

Autores: Giner, J., Ibáñez, E., Baca, E., Bobes, j., Leal, C., Cervera, S.

Publicado: Actas Luso Españolas de Neurología, 1977; 25 (2): 11-23.

Valora: Calidad de vida subjetiva de pacientes ez.

Los 59 ítems del cuestionario se agrupan en dos escalas

- Aspectos favorables: (13 ítems en tres factores: Satisfacción vital (4, 10-13); Autoestima (1-3, 5); Armonía (6-9).
- Aspectos desfavorables: falta de aprehensión cognitiva (1-3, 5, 35); Pérdida de energía (4, 9, 10, 18, 21, 26, 32, 34, 37, 45); Falta de control interno (8, 15-17, 25, 29, 46); Dificultad de expresión emocional (7, 12, 23, 28, 40); Dificultad de expresión cognitiva (6, 36, 38, 41-44); Extrañeza (11, 19, 39); Miedo a perder el control (20, 30, 33); Hostilidad contenida (22, 24, 27); Autoestima (13, 14, 31).

Los ítems se puntúan de 1 a 5 en un marco temporal referencial actual, la puntuación se obtiene de los 12 factores y de las dos escalas. La puntuación en cada factor se obtiene mediante la media aritmética de la puntuación de los ítems que lo forman y la de la escala se halla mediante la media aritmética de las puntuaciones de los factores que la forman. No hay puntos de corte (E. Desfavorable: a mayor puntuación peor calidad de vida; E. Favorable: a mayor puntuación mejor calidad de vida)

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.?	SÍ	NO
24. ¿Se pone Ud. muy nervioso por pequeñas cosas?	SÍ	NO

25. ¿Siente a menudo ganas de llorar?	SÍ	NO
26. ¿Es difícil para Ud. concentrarse?	SÍ	NO
27. ¿Está contento de levantarse por la mañana?	SÍ	NO
28. ¿Prefiere evitar grupos de gente?	SÍ	NO
29. ¿Es fácil para Ud. tomar decisiones?	SÍ	NO
30. ¿Está su mente tan clara como antes?	SÍ	NO
<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>	Puntuación Total	



AUTORIZACION

En mi calidad de coordinadora del **CENTRO GERONTOLÓGICO "DEL BUEN VIVIR" DE LA CIUDAD DE BABAHOYO** zona 5 distrito **Babahoyo**, autorizo a la Srta. **JOSELIN LORENA SUAREZ VILLAMAR** con cedula de identidad N° **120798347-7** egresada de la facultad de ciencia sociales y de la educación, carrera de psicología clinica 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,

Lady Junco S.
ING. LADY JUNCO SANTILLAN
COORDINADORA

