



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

**DOCUMENTO PROBATORIO DIMENSION PRÁCTICA DEL EXAMEN  
COMPLEXIVO**

**PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO  
DE PSICOLOGIA CLINICA**

**PROBLEMA:**

**SEPARACION FAMILIAR DE UN ADULTO MAYOR Y SU  
INCIDENCIA EN SU ESTADO EMOCIONAL**

**AUTORA:**

**KATHERINE AMANDA SANCHEZ MONTOYA**

**TUTOR:**

**MSc. PROCEL AYALA MARIO RENÁN**

**2020**

## **RESUMEN Y PALABRAS CLAVES**

La separación familiar en el adulto mayor se va originando en diferentes situaciones entre sus consecuencias tenemos los sentimientos de angustia, de depresión y miedo, se reflejan altamente estados físicos y mentales. Se empleó diferentes técnicas para la recolección de información, datos y antecedentes psicológicos del paciente en ocasiones se suele confundir los síntomas preexistentes enfermedades biológicas por su estado anímico, se efectuaron 6 sesiones incluyendo la valoración de los distintos test psicométricos para establecer el nivel de depresión y de autoestima en finalizar con un diagnóstico estructural. El objetivo de esta investigación nos ayudó a realizar un esquema terapéutico mediante el enfoque racional-emotivo donde se expusieron metas y técnicas para la posible reducción de la sintomatología. Es necesario resaltar la importancia del acompañamiento psicológico individual en los centros de atención a las personas adultas mayores. Para finalizar se recomienda a la potenciación de estrategias y seguimiento a las personas mayores con más pasantes en el área de psicología clínica en el centro gerontológico del buen vivir, así contribuir en la rehabilitación, disminuyendo las creencias irracionales con creencias racionales.

**Palabras claves:** Tratamiento, consecuencias, nivel de depresión y autoestima, rehabilitación

## **SUMMARY AND KEY WORDS**

Family separation in the older adult is originating in different situations, among its consequences we have feelings of anguish, depression and fear, highly reflecting physical and mental states. Different techniques were used to collect information, data and psychological history of the patient. Sometimes the preexisting symptoms of biological diseases are often confused due to their mood, 6 sessions were carried out, including the evaluation of the different psychometric tests to establish the level of depression and of self-esteem in ending with a structural diagnosis. The objective of this research helped us to carry out a therapeutic scheme using the rational-emotional approach, where goals and techniques for the possible reduction of symptoms were exposed. It is necessary to highlight the importance of individual psychological accompaniment in the care centers for the elderly. To conclude, it is recommended to empower strategies and follow-up of older people with more interns in the area of clinical psychology in the gerontological center of good living, thus contributing to rehabilitation, reducing irrational beliefs with rational beliefs

**KEYWORDS:** Treatment, consequences, level of depression and self-esteem, rehabilitation.

## INTRODUCCION

El presente estudio de caso ansió evaluar la presencia de síntomas depresivos en un paciente adulto mayor. Para lo cual se utilizó distintas herramientas psicológicas teniendo como propósito de determinar la incidencia en su estado emocional, con el fin de decretar un diagnostico psicológico y asi establecer una terapia psicológica mediante el enfoque racional-emotivo.

La necesidad de abordaje psicológico para las personas adultas mayores con problemas altos en niveles de depresión que desencadenan diferentes síntomas en su estado emocional, afectan a su diario vivir y un excesivo índice de alteraciones en su salud. El trabajo ejecutado, se desarrolló en varias sesiones, aplicando técnicas como la entrevista, historia clínica, donde se da a conocer los antecedentes personales y familiares, la exploración del estado mental, para luego proceder con el diagnóstico y apoyar dicha información con la aplicación de baterías psicométricas las cuales nos permitieron establecer una escala de depresión de cómo se encontró el paciente.

Se realizó una terapia psicológica al paciente con enfoque racional emotivo, así abordar los principales síntomas de depresión existentes, un afrontamiento ante la separación familiar y a su respectiva adaptación individual, social, emocional, proponiendo metas y estableciendo técnicas psicológicas. Cabe destacar que este trabajo se procedió en base a la línea de investigación Asesoramiento psicológico, además se aplicó la Sublinea Asesoría y orientación clínica, personal, vocacional y profesional.

Entre los diversos procesos, diagnósticos ya ejecutados dentro de este estudio de caso tenemos por último que realzar la gran importancia del acompañamiento psicológico en las personas adultas mayores, conocer sus derechos, sus diferencias y la necesidad de una protección especial además la serie de garantías sociales, económicas y culturales. Se debe tener un seguimiento en la salud mental y así fomentar un estado factible a la retención del impacto emocional.

## **DESARROLLO**

### **JUSTIFICACIÓN.**

El fin de esta investigación se centró al estudio de las consecuencias que afectan a las personas adultas mayores mediante la separación familiar ya que padecen un grupo determinado de personas adultas mayores en el Centro Gerontológico “DEL BUEN VIVIR” del Cantón Babahoyo.

Los beneficios en este estudio de caso promover la atención, tratamiento psicoterapéutico al paciente adulto mayor consecuente a una separación familiar que afecte a su estado emocional, disminuyendo así los niveles de depresión.

Es asertivo la realización del presente estudio de caso, ya que desde el inicio coexistió la aceptación del paciente y la predisposición para alcanzar un tratamiento eficaz, además existió la disposición de las diferentes autoridades del centro gerontológico DEL BUEN VIVIR.

Este caso me impulso como futura profesional a conocer las diversas patologías mentales que coexisten en las personas adultas mayores a causa de una separación familiar ya que en la actualidad se convierte en una problemática social; lo que me permitio profundizarme más en el área de la salud mental y mediante diversas técnicas mejorar la calidad de vida del paciente que requieren ser escuchados y atendidos de manera urgente.

### **OBJETIVO**

Plantear un esquema psicoterapéutico en las personas adultas mayores ante la separación familiar mediante el enfoque racional-emotivo.

## Sustentos Teóricos

### Separación familiar.

La desintegración familiar se manifiesta con la ruptura de los lazos principales que une el núcleo familiar, situación que sin duda cobra influencia en el desarrollo de sus miembros, provocando así el quiebre en los roles de sus integrantes, por su incapacidad de desempeñarlos en forma consciente y obligatoria dando como resultado la incapacidad de las necesidades de la familia. (Cuenca, Galarza, & Solano, 2010)

El análisis de la familia se establece en tres dimensiones fundamentales: el parentesco, que significa los vínculos de sangre entre los miembros, la convivencia, que constituye la unión de miembros de la familia en un hogar común, y la solidaridad, que se refiere a las redes de reciprocidad que se dan entre los miembros de la familia y que funcionan, aunque no vivan bajo un mismo techo. (Flores)

### Formas de desintegración familiar.

Existen diversos tipos de desintegración; (Chant & Moreno, 2005)



Abandono: Se origina cuando uno de los miembros decide dejar el hogar debido a que no se siente feliz y tiene otras expectativas en la vida, o porque el ambiente está muy tenso, predomina la discordia.



Abandono Involuntario: Alguno de los padres deja el hogar, es decir no es deseado y es inevitable. Los efectos son negativos para los integrantes de la familia en común.



Desintegración familiar: Estando la familia junta se caracteriza por las relaciones conflictivas que establecen sus miembros, dando origen a recelos, temores y fricciones permanentes. (pág. 20)

### **Posibles causas del abandono familiar.**

Proporcionan catorce características familiares susceptibles de considerarse como situaciones de riesgos para un adulto mayor, los cuales pueden ser afectados por algún tipo de maltrato y ser desplazados hacia el abandono. (Piura & Olaya, 2013)

1. Ancianos que requieren numerosos cuidados y que además exceden la capacidad familiar para asumirlos.
2. Cuidadores que expresan frustración en la relación con la responsabilidad de asumir el papel de cuidado y muestran pérdida de control de la situación.
3. Cuidadores que presentan signos de estrés (sentimientos de frustración, ira, desesperanza, baja autoestima, soledad, ansiedad).
4. Ancianos que viven en un entorno familiar perturbado por otras causas (paro, conflictos de pareja, hijos problemáticos, enfermedad crónica de algún miembro).
5. Ancianos que viven con familiares que han tenido historia previa de violencia familiar.
6. Familias en las que el cuidador experimenta cambios inesperados en su estilo de vida y sus aspiraciones o expectativas sociales, personales o laborales.
7. Cuidador con problemas psiquiátricos.
8. Cuidador con ámbito narco, alcoholismo y/o ludopatía.
9. Cuidador con escasa red de apoyo familiar.
10. Cuidador con otras áreas de cuidado, obligaciones y responsabilidades (paterno-filiales, conyugales, laborales, domesticas).
11. Nivel pobre de relaciones entre el cuidador y el anciano.
12. cuidador con antecedentes de maltrato hacia el anciano.
13. Cuidador que se dedica en exclusiva cuidado al anciano.
14. Familias con problemas económicos existentes. (pág. 44)

### **Consecuencias del abandono familiar.**

La identidad de las personas adultas mayores depende del establecimiento de formas fundamentales de reconocimiento recíproco entre el individuo y su entorno social. Los quiebres familiares pueden constituirse como una llegada a la calle. (Reyes & Castillo)

## **Situaciones de riesgo.**

Son situaciones donde el anciano se encuentran en: (Martín, 2009)

- Los muy ancianos de 80 y más.
- Los que viven en una sola casa.
- Las mujeres ancianas, sobre todo solteras y viudas.
- Los que viven en instituciones.
- Los que están socialmente aislados.
- Los ancianos sin hijos.
- Los que tienen limitaciones severas o discapacidades.
- Las parejas de ancianos en las que uno de los cónyuges es discapacitado o está muy enfermo.
- Los que cuentan con muy escasos recursos económicos.

## **Impacto del abandono del adulto mayor**

Desde la matriz productiva del estado se promueve el vivir que no es otra cosa que vivir bien, con las condiciones necesarias que todo el ser humano se merece, por el solo hecho de ser adultos mayores en estado de vejez vienen de la mano de la obligación de comprender que un adulto en las calles es una vida vulnerada en todos los sentidos. Víctimas de la delincuencia, el abuso, la explotación, la pobreza, el desempleo, la falta, el hambre, la soledad, etc. (Ramírez, 2015)

## **Ley del anciano de 1991**

La ley del anciano nos manifiesta que son adultos mayores y tendrán beneficios contemplados en esta legislación aquellas personas que: (OMS)

El Art 1.- Son beneficiarios de esta ley las personas naturales que hayan cumplido sesenta y cinco años de edad, sean nacionales o extranjeras que se encuentren legalmente establecidas en el país. Para acceder a las exoneraciones o rebajas en los servicios públicos o privados estipulados en esta ley, justificaran su condición únicamente con la cédula de identidad y ciudadanía o con el documento legal que les acredite a los extranjeros.



Art 2.- El objetivo de esta ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa. (pág. 3)

### **Calidad de vida**

La calidad de vida “es la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, esenciales en su entorno” (Gutiérrez)

### **Porcentaje de abandono familiar**

El mundo está experimentando una transformación demográfica; para el 2050, el número de personas de más de 60 años aumentara de 600 millones a casi 2000 millones se prevé que el porcentaje de personas de 60 años o más de duplique, pasando de un 10% a un 21%. Ese incremento será mayor y más rápido en los países en desarrollo la población anciana se prevé se multiplique por cuatro en los próximos 50 años.

Es un problema visible el porcentaje ante el abandono y separación familiar en la encuesta sabe se explica que un 14,9% de los adultos mayores se refiere a estos casos. (Comercio)

## **Estado Emocional**

### **El eco de la separación familiar.**

No solo implica un largo proceso para las autoridades hospitalarias y para el propio Estado, conforme aumenta la edad es mayor la vulnerabilidad de las personas para enfrentar estos golpes emocionales tan violentos, entra en secuelas o consecuencias psico-emocionales. (Serrano)

### **Síntomas del anciano**

Cuando el sujeto en cuestión pertenece a un grupo familiar extenso y nadie de los componentes de la familia se quiere hacer cargo del cuidado de este lo lleva a situaciones de: (OMS)

- Estados de depresión.
- Desequilibrio emocional.
- Rechazo y estado anímico decae.
- Pensamientos de morirse.
- Situaciones de olvido.
- Afectaciones dentro de su salud. (pág. 7)

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

### **Entrevista Semiestructurada**

Esta técnica se empleó al paciente con el propósito de comprender las situaciones o factores desencadenantes a niveles altos de depresión. Las preguntas que se le efectuaron fueron abiertas expreso con mayor libertad sus opiniones. Esta herramienta psicológica, nos accedió a la flexibilidad, y a la obtención recabada de información acerca del paciente, pues hubieron circunstancias le causaba malestar en expresar pensamientos. Además fue utilizada con el propósito de alcanzar con mayor amplitud la problemática del paciente, ya que se permitió elaborar con antelación un cuestionario en el que se trataba de abordar los puntos más relevantes en cuanto a sus pensamientos, emociones y conductas. (ANEXO 1)

### **Historia clínica**

Esta técnica se utilizó con la finalidad de conocer los antecedentes personales, familiares, la historia de la enfermedad y las conductas psicopatológicas. De esta forma no se puede ayudar al paciente sino se conoce su historia de vida, por tal motivo es una de las herramientas más indispensables en la realización de estudio de caso, permitiendo obtener datos y corroborar los resultados obtenidos. Se pudo conocer a profundidad el curso de la vida del paciente, sirvió como orientación para establecer el diagnóstico estructural, todos los datos recopilados tuvieron como objetivo recabar toda la información para el proceso psicodiagnóstico y psicoterapéutico. (ANEXO 2)

### **Inventario de depresión de Beck:**

Este instrumento se utilizó con el propósito de identificar los rasgos de depresión en el paciente. Accedió a medir factores relacionados con cuadros depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar concurriendo a ser castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual. Cabe mencionar que esta escala deber ser aplicada a todos los pacientes que pertenecen a esta área si poseen problemas emocionales. (ANEXO 3)

### **Escala de autoestima de Rosemberg**

Esta herramienta nos sirvió ya que es una prueba fácil y rápida con buenas propiedades psicométricas, es un instrumento muy utilizado para la evaluación de la autoestima en la práctica clínica. Nos permitió medir los niveles de autoestima en el paciente refiriendo con las preguntas planteadas y alcanzar un resultado favorable. (ANEXO 4)

## **Resultados obtenidos**

### **Historia clínica**

La primera entrevista dirigida al paciente, fue aplicada el día 20 de mayo del 2019, aproximadamente a las 8:20 de la mañana. El objetivo de esta entrevista fue recabar información básica para elaborar la Historia Clínica del paciente tenemos los siguientes datos:

Paciente de 87 años de sexo masculino siendo de modalidad residente en el centro gerontológico Del buen vivir hace 4 años. Vivía en Chimborazo-Guano, trabajaba durante 6 años en una empresa electricista dentro de la ciudad, padres fallecidos, separado de su esposa desde el nacimiento de su hijo hace 30 años, tiene 1 hijo, tiene problemas de visión hace 5 años.

Durante esta sesión se profundizó el motivo de consulta. En la síntesis del cuadro psicopatológico, el paciente manifestó que desde hace 4 años vive en el centro gerontológico, hace 5 años siente problemas en su visión, expresa que tiene síntomas de tristeza, ira, desesperanza, falta de apetito, falta para conciliar el sueño. Al momento de estar en medio de la consulta rompió en llanto. Expresó sentirse solo, desconsolado, sin ganas de seguir viviendo, sin nadie a su lado, abandonado hace 30 años, le quitaron su casa vivió en las calles.

La segunda entrevista fue aplicada el 21 de mayo del 2019, aproximadamente a las 8 de la mañana. El propósito de continuar con la entrevista fue para recabar más información acerca de la vida del paciente. Entre los antecedentes en hechos traumatizantes manifiesta que su papa le golpeaba en ocasiones llegó a abusar de él, cuando dormía, No destacan antecedentes psiquiátricos.

La tercera y cuarta sesiones dirigidas al paciente, fueron aplicadas los días 22 y 23 de mayo del 2019, desde las 8:00am hasta las 9:00am. El objetivo de estas sesiones fue aplicar una batería de test psicológico con el fin de medir los niveles de depresión.

Test de Beck: En el test de depresión de Beck arrojó 21 puntos, la cual se encontró en una escala de: 21-30= Estado de depresión moderada. Se pudo observar que al momento de realizar la prueba el paciente se presentó tímido, cabizbajo, en ocasiones se puso a llorar, al momento de realizar las preguntas del test se quedaba en silencio por unos segundos y en varias ocasiones presentaba quebrantos en su voz. A medida que continuaba las preguntas lograba mantener la calma con el único fin de colaborar en el test. Por lo tanto los resultados de la prueba y siguiendo las instrucciones de calificación, se presentó que el paciente tenía un estado de depresión moderada.

Escala de autoestima de Rosenberg: El test arrojó una puntuación de 13 puntos en la escala se presentó con una baja autoestima. En esta prueba el paciente se sintió más nervioso, accedió a la prueba pero con temor algunas preguntas del test se demoraba unos segundos, siempre cabizbajo, movía sus pies constantemente en el mismo sitio.

Durante la entrevista el paciente pudo manifestar en referencia a su estado de ánimo, no quería saber de su familia ni que lo visite, que nadie se acerque de sus compañeros a él, manifiesta que no necesita cuidados. Presento síntomas de tristeza, falta de interés en las actividades diarias, desesperanza. Manifestó que al inicio estuvo en un proceso de negación al realizar las pruebas en contestar las preguntas como: ¿Por qué me paso esto a mí? ¿A veces siento que no sirvo para nada?, Al final del proceso surgieron pensamientos de que su vida no tiene sentido tanto quería morir ya que no tiene nadie cercano a quien brindar afecto. Expresó que debido a sus problemas de visión ya no tiene esperanzas, presenta ideas negativas en su pensamiento a lo largo del tiempo.

Conjuntamente de la utilización de las herramientas psicológicas para establecer un tratamiento más eficaz, se aplicaron técnicas psicoterapéuticas partiendo del enfoque Racional-Emotivo, las cuales se establecieron durante 6 sesiones, con el proposito de reducir los síntomas depresivos y modifícas las creencias irracionales del paciente.

## **Situaciones Detectadas**

Mediante la aplicación de las herramientas psicológicas como la historia clínica y la entrevista Semiestructurada se consiguieron datos que permitieron identificar síntomas depresivos en el paciente a consecuencia del abandono hace 30 años y los problemas de visión hace 5 años. Los síntomas detectados son: estado de negación, pensamientos negativos, creencias irracionales acerca del tratamiento, ausencia de afecto.

A través de la aplicación de los test psicológicos, se pudo conocer que el paciente se encontró en estado de nivel depresión moderada, por lo cual genero un cuadro Sindrómico se lo explica de la siguiente manera: un periodo prolongado de estado de ánimo deprimido, disminución del interés al realizar sus actividades diarias, baja autoestima inferior a la puntuación normal obtenida.

## **Soluciones planteadas**

Basado en la información obtenida durante el proceso de investigación, se elaboró un esquema psicoterapéutico Racional-Emotivo con la finalidad de reducir los síntomas principales del trastorno de depresión, encontradas en las situaciones existentes y evitando que el paciente obtenga una decaída en su cuadro anímico, en contrarrestar sentimientos de mortalidad, negación en los lazos familiares y sociales.

Mediante las estrategias planteadas y adecuadas al paciente como la atención psicológica continúa y el plan psicoterapéutico, el paciente poco a poco supo afrontar las consecuencias del impacto emocional, físico y mental ante la separación familiar y así ir disminuyendo pensamientos negativos, realizando sus actividades con normalidad, manejando su autoestima y los niveles de agresividad en el ámbito social.

El propósito de este esquema psicoterapéutico con enfoque Racional-Emotivo consiste en disminuir los principales síntomas de negación y creencias irracionales, permitió una rehabilitación integral y trabajo interdisciplinario. El paciente necesito un tratamiento psicológico debido a que mientras permanezca con pensamientos taciturnos e irracionales se iría deteriorando.

#### Esquema psicoterapéutico

- **OBJETIVO GENERAL:** Modificar las creencias irracionales y los síntomas depresivos en el paciente.
- **METAS Y TECNICAS:** Se trabajaron con el paciente tenemos las siguientes:



### **Sesión 1.-**

**Fecha: 03/06/2019**

**Meta: detectar esquema ABC**

Técnica de Autoregistro: La principal meta consistió que el paciente detecte sus creencias irracionales, mediante el esquema A-B-C de la terapia Racional-Emotivo. Para aquello se utilizó la técnica de Autoregistro, la cual permitió detectar las relaciones entre acontecimientos activadores A, creencias irracionales B y las consecuencias emocionales y tanto conductuales C. Por ejemplo modificar creencia irracional, acerca de que nadie lo quiere, es una persona inútil y sentimientos de morir C. En varias sesiones el paciente era capaz de identificar por sí mismo sus creencias irracionales, principalmente a creencias que generaban conductas depresivas y agresoras.

### **Sesión 2.-**

**Fecha: 04/06/2019**

**Meta: Debatir pensamientos irracionales.**

El debate Racional Emotivo: La meta principal consistió en debatir pensamientos irracionales, ya que el paciente era capaz de detectar sus creencias irracionales, se procedía a debatir, discutir de estas creencias que tenía, esto consistía en ayudar al paciente. El proposito final era lograr que el individuo comprenda que su creencia era disfuncional. En posteriores sesiones el paciente fue capaz de identificar y debatir por sí mismo dichas creencias irracionales, mejorando sus pensamientos depresivos.

### **Sesión 3.-**

**Fecha: 05/06/2019**

**Meta: Establecer creencias racionales.**

Técnicas didácticas: La meta consistía en establecer creencias racionales, mediante esta se enseñó en forma didáctica, luego cambiar las creencias irracionales en creencias racionales. En posteriores sesiones el paciente fue capaz de modificar las creencias irracionales respecto a su manera de pesimismo de pensar, por ideas racionales que le permitían mejorar su estado de ánimo.

#### **Sesión 4.-**

**Fecha: 06/06/2019**

**Meta: Cambiar emociones no saludables por emociones saludables**

Imaginación racional emotiva: La meta principal consistió en el que el paciente obtenga una imaginación racional emotiva. Al poner en práctica esta técnica de cambiar ante una situación imaginada, determinada, una emoción negativa muy perturbadora como el pensar que tiene la culpa por lo que le está sucediendo por otra imaginación más moderada como la desconfianza, modificando las creencias irracionales y eliminando por completo la emoción de intenso malestar.

#### **Sesión 5.-**

**Fecha: 07/06/2019**

**Meta: Reducir pensamientos negativos.**

Distracción cognitiva e imaginación: Esta técnica fue empleada para utilizar distintos procedimientos como distracción mediante la imaginación. Sirvió de suma ayuda para el paciente, debido a los altos síntomas que obtenía. El paciente imaginaba cosas de su agrado y manifestaba que sentía diferente al resto. Finalmente la técnica sirvió para que aprenda a darse cuenta de que puede enfrentarse a situaciones amenazantes.

## **Sesión 6.-**

**Fecha: 10/06/2019**

**Meta: Modelar conductas.**

Inversión del rol racional: La meta principal consistió en intercambiar roles entre el terapeuta y el paciente con el propósito de que el paciente se dé cuenta la manera de cómo sus pensamientos irracionales estaban generando conductas rígidas y desadaptativas, que lo hacían pensar, sentir y actuar de esa manera. De esta forma el paciente adopto el rol del terapeuta para discutir y debatir las creencias irracionales que se prestaban, ayudándole a generar otras más racionales.

## CONCLUSIONES

La presente investigación de caso elaborada en un paciente, por medio de las técnicas aplicadas se pudo observar las características emocionales que se generan en el proceso de tratamiento mental en pacientes que padecen separación familiar, estas herramientas nos ayudaron a manejar los aspectos esenciales que permitieron afrontar dicha situación y en la adaptación posible del paciente en su ámbito emocional y social.

De acuerdo a los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas, dando como resultado un nivel de depresión moderado, se logró desarrollar un esquema terapéutico con enfoque Racional Emotivo de forma general con la finalidad de emprender en pacientes que padezcan situaciones de separación familiar con síntomas depresivos, así lograr la disminución de las sintomatologías y la prevención a nuevas alteraciones psicológicas.

Como resultado a todos los cambios que tienen para la adaptación a pacientes que se encuentran depresivos, baja autoestima y niveles altos en su estado mental. En el estudio de caso ejecutado se pudo corroborar como un paciente que acontece por una separación familiar presentando un cuadro depresivo que interfiere en sus pensamientos y emociones entre sus conductas, estos síntomas pueden ser factores precipitantes para que el paciente se deteriore y se convierta en un estado catastrófico e irreparable.

Se logró establecer este trabajo en base a la Línea de Investigación Asesoramiento Psicológico, además se aplicó la Sublínea Asesoría y Orientación Clínica, Personal, Socio Familiar, Vocacional y Profesional. Por último se pudo aplicar un esquema psicoterapéutico al paciente con enfoque Racional Emotivo, con la finalidad de abordar los síntomas preexistentes de la depresión y su incidencia en su estado emocional causado por el factor de separación familiar de esta manera ayudando a afrontar dicha situación amenazante.

Como futura profesional en la salud mental me motivo a profundizar, mas sobre las etiologías, situaciones, características de diferentes trastornos mentales que pueden presentarse en los pacientes que padecen a una separación por parte de su familia, y determinar de esta manera los distintos factores que inciden en las alteraciones mentales a construir una mejor síntesis de la problemática que se desarrolló.

## **RECOMENDACIONES**

Dado a los niveles de depresión, baja autoestima presentes en el paciente se recomendó ejecutar intervenciones terapéuticas a la ayuda y aceptación en las situaciones e efectos que fueron causantes en este caso, también a la elaboración de esquemas terapéuticos que ayudaron con las terapias psicológicas, ante los síntomas presentados y así brindando una adecuada atención psicológica, no solo a los pacientes, sino también al personal de cuidados en el centro gerontológico del buen vivir en la ciudad de Babahoyo.

Continuar a la potenciación de nuevas estrategias a afrontamientos, que permitan al paciente a la aceptación, también a la colaboración de practicantes del área de psicología clínica en el centro gerontológico del buen vivir, de esta manera logrando contribuir con la notable rehabilitación y evitando que el paciente alcance graves alteraciones en su estado de ánimo.

Indudablemente existe un extenso camino por recorrer en el ámbito profesional en la salud mental para la adecuada intervención en pacientes con consecuencias a una separación familiar y por lo consiguiente a la ayuda de psicólogos, cuidadores en el centro gerontológico, y demás especialistas, familia, amigos. Es un arduo trabajo que debería ser recorrido con el objetivo en brindar una atención saludable que esté acorde a las necesidades de nuestros ancianos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Chant, S., & Moreno, W. (2005). "*Desintegración familiar*" o "*transición familiar*" *Perspectiva sobre el cambio familiar*. Costa Rica : iálogos Revista Electrónica de Historia, vol. 5, núm. 1-2, abril-agosto, 2005, pp. 1-45.
- Comercio, E. (2018). *Adulto mayor afronta pobreza y abandono*, pág. 1.
- Conapam, P. d. (2017). *consecuencias del abandono familiar*.
- CONSUEGRA, E. (2003-2004). *FORMAS DE DESINTEGRACION FAMILIAR*.
- Cuenca, U. d., Galarza, J., & Solano, N. (2010). *Desintegración familiar*. Barcelona:  
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2207/1/tps709.pdf>.
- Flores, L. (23 de abril del 2009). *Desintegración familiar*. España : <http://desintegracion-familiar-psicologia.blogspot.com/>.
- Goikoetxea. (2008).
- Gutiérrez, G. (28 de junio, 2005). *Abandono de la tercera edad en la familia*.  
<https://www.monografias.com/trabajos25/abandono-tercera-edad/abandono-tercera-edad.shtml>.
- Jimenez, C. (2017). Porque ocurre la separación familiar. *Plan lea*, 01.
- Ley del anciano, R. L. (s.f.). 2007.
- Martín, M. R. (2009). *La soledad en el anciano*. Barcelona: Gerokomos vol.20 no.4.
- Martinez, G. G. (2018). *Desintegración familiar*. Barcelona.
- MIDEPLAN. (2009).
- OMS. (2000). *Codificación sobre la ley del anciano*.
- OMS. (2001). *Abandono de la tercera edad en la familia*. España:  
[https://www2.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema2/documentos/C6/C6D\\_4.pdf](https://www2.uned.es/psicofarmacologia/stahl4Ed/contenidos/Tema2/documentos/C6/C6D_4.pdf).
- OMS. (2011). *manual de medicina preventiva y social*.
- OMS. (2014).
- Piura, U. d., & Olaya, N. Z. (2013). *Causas y las consecuencias de desintegración familiar*. Piura : Repositorio institucional PIRHUA.
- Quito, D. M. (2015).
- R, G. G. (28 de junio, 2005). *Abandono de la tercera edad en la familia*.
- Ramirez, V. H. (2015). *Sufrimiento en el adulto mayor: causas y soluciones. un analisis por sexo*. Toluca, Mexico:  
[http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66619/TESIS\\_FINAL\\_EVALUACION-split-merge.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66619/TESIS_FINAL_EVALUACION-split-merge.pdf?sequence=3&isAllowed=y).

Remolar, C. y. (2000).

Reyes, G. F., & Castillo, F. D. (2006). *La indigencia de adultos mayores como consecuencia del abandono en el Estado de México*. Mexico : versión On-line ISSN 2448-7147versión impresa ISSN 1405-7425.

Salazar, A. y. (2014). *abandono en el adulto mayor* .

Serrano, D. J. (2013). *El papel de la familia en el envejecimiento activo*. Madrid: The family Watch .

## ANEXOS

### ANEXO 1.- ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. ¿Cómo se ha sentido desde el momento que le dieron su diagnostico medico?
2. ¿Cómo se siente desde el día que ingreso hospitalizado?
3. ¿Por qué piensa que sus demas familiares sienten lastima hacia usted?
4. ¿Cuál es su mayor temor o que es lo que mas le preocupa acerca de su tratamiento?
5. ¿cree que es la forma correcta de estar asimilando la situacion por la que esta pasando?

### ANEXO 2.- HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

#### I. DATOS PERSONALES

No. Historia: \_\_\_\_\_

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

Nombres: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Documento de identidad: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de

Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Instrucción académica:** \_\_\_\_\_

**Ocupacion** \_\_\_\_\_

**Dirección actual:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección de la Familia** \_\_\_\_\_

**Teléfono de Familiar:** \_\_\_\_\_

**Ha recibido algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico:**

---

---

**II. MOTIVO DE CONSULTA:**

---

---

---

---

---

**III. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:**

1. **EVOLUCIÓN:** \_\_\_\_\_

---

---

2. **CAUSAS:** \_\_\_\_\_

---

---



**3. ACCIONES REALIZADAS EN BUSCA DE SOLUCIÓN:**

---

---

---

**4. IMPLICACIONES: (a nivel familiar, social, académico, laboral, etc.):**

---

---

---

**IV. ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR:**

**5. FAMILIOGRAMA:**

<b>MIEMBRO</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>EDAD</b>	<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>OCUPACIÓN</b>

**6. VINCULOS AFECTIVOS CONFLICTIVOS Y REDES DE COMUNICACIÓN:**

---

---

---

**V. HISTORIA PERSONAL:**

**7. INFANCIA:**

---

---

---

---

**8. ADOLESCENCIA:**

---

---

---

---

**VI. HISTORIA ESCOLAR:**

---

---

---

---

**VII. OBSERVACIONES: (descripción física, lenguaje no verbal, actitud, etc.)**

---

---

---

**VIII. DIMENSIONES:**

**9. COMPORTAMENTAL:** \_\_\_\_\_

---

---

**10. AFECTIVA:** \_\_\_\_\_

---

---

**11. SOMATICA:** \_\_\_\_\_

---

---

**12. COGNITIVA:** \_\_\_\_\_

---

---

**13. SOCIAL:** \_\_\_\_\_

---

---

**IX. PRUEBA Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:**

**14. PERSONALIDAD:** \_\_\_\_\_

**15. INTELIGENCIA:** \_\_\_\_\_

**16. HABILIDADES:** \_\_\_\_\_

**17. OTRAS:** \_\_\_\_\_

**X. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:**

**XI. TRATAMIENTO A SEGUIR:**

**EVOLUCIÓN**

**Sesión No.** \_\_\_\_\_

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

**Objetivo:** \_\_\_\_\_

**Descripción:** \_\_\_\_\_

**Sesión No.** \_\_\_\_\_

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

**Objetivo:** \_\_\_\_\_

**Descripción:** \_\_\_\_\_

**Sesión No.** \_\_\_\_\_

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

**Objetivo:** \_\_\_\_\_

**Descripción:** \_\_\_\_\_

**Sesión No.** \_\_\_\_\_

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

**Objetivo:** \_\_\_\_\_

**Descripción:** \_\_\_\_\_

**Sesión No.** \_\_\_\_\_

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

**Objetivo:** \_\_\_\_\_

**Descripción:** \_\_\_\_\_

**Sesión No.** \_\_\_\_\_

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

**Objetivo:** \_\_\_\_\_

**Descripción:** \_\_\_\_\_

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

### **ANEXO 3.- INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK**

Nombre:

Fecha:

#### **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

Dentro de cada grupo de afirmaciones escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo te has sentido en la última semana, incluyendo hoy.

##### 1. Tristeza

0. No me siento triste.

1. Me siento triste.

2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

##### 2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.

1. Me siento desanimado de cara al futuro.

2. Siento que no hay nada por lo que luchar.

3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

##### 3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.

1. He fracasado más que la mayoría de las personas.

2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.

3. Soy un fracaso total como persona.

#### 4. Insatisfacción

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

#### 5. Culpa

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente.

#### 6. Expectativas de castigo

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. Siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

#### 7. Autodesprecio

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

#### 8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 4. Me culpo por todo lo malo que sucede.

## 9. Ideas suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.

1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

## 10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.

1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

## 11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.

1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

## 12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.

1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás.

## 13. Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.

1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

#### 14. Cambios en la imagen corporal

0. No creo tener peor aspecto que antes.

1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.

2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.

3. Creo que tengo un aspecto horrible.

#### 15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.

1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.

2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.

3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

#### 16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.

1. No duermo tan bien como antes.

2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

#### 17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.

1. Me canso más que antes.

2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

#### 18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.

1. No tengo tan buen apetito como antes.



2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.

#### 19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

#### 20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud.
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

### ***CALIFICACION INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK***

***1-10:*** Ausencia de depresión. Puede haber algunos altibajos pero se consideran normales.

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

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

***21-30:*** depresión moderada.

***31-40:*** depresión grave

***41 o más:*** Depresión extrema

#### ANEXO 4.- ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más lo identifica:

	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Creo que tengo un buen número de cualidades.				
3. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
8. Desearía valorarme más a mí mismo/a.				
9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A veces pienso que no soy bueno/a para nada.				