



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

DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA) DEL EXAMEN
COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

PROBLEMA:

DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO DE ÁNIMO
DEL ADULTO MAYOR DE LA CIUDADELA PRIMERO DE MAYO DEL
CANTÓN GUARANDA- PROVINCIA BOLÍVAR

AUTORA:

EVELIN MARIANA PAREDES CAIZA

TUTORA:

MSC. RICARDO MELECIO ARANA CADENA



BABAHOYO - 2020



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



DEDICATORIA

A Dios.

Por darme la fortaleza y sabiduría necesaria, para poder culminar con éxito esta hermosa carrera, por ser mi guía y compañía infalible en aquellos momentos difíciles pero satisfactorios que permitirán valorar aún más mi profesión de aquí en adelante.

A mi madre Judith.

Tú eres mi inspiración más profunda, mi razón de ser ya que con tus consejos y paciencia inculcaste en mí valores que motivaron ser una persona de bien, pero más que nada, por tu amor, el creer en mí y porque estoy seguro que estarás conmigo siempre.

A mi Padre Elías.

Estimado padre estoy convencido que con la culminación de mi carrera dentro de tú alma sincera, sentirás mucho orgullo de tu hija que jamás te defraudo, gracias por darme la fuerza que me impulsó a conseguirlo.

Mi hermano.

David, con tu inocencia eres la luz que impulsa mi ser para que con tu ejemplo de divinidad construya mi futuro te quiero mucho.

A mis familiares.

A Todos y cada uno de mis familiares que siempre estuvieron pendientes de mi carrera.

EVELIN MARIANA PAREDES CAIZA

RESUMEN

Esta investigación abordó el tema deterioro cognitivo y su influencia en el estado de ánimo del adulto mayor, debido a que la población geriátrica se visualiza como un grupo olvidado, prioritario de atención, propenso a padecer problemas físicos, mentales, emocionales y sociales, que los llevan originar enfermedades degenerativas, asociadas a estilos de vida inapropiado. El objetivo principal de la investigación fue describir los principales efectos del deterioro cognitivo y de qué manera influye en el estado de ánimo. Se planteó una metodología concomitante con la temática realizando entrevistas clínicas y herramientas psicométricas para la elaboración de los resultados psicodiagnósticos. El desarrollo de la perspectiva teórica se basó en la revisión de documentación académica. De acuerdo con el análisis se concluye que los resultados alcanzados guardan similitud con la teoría citada en el presente estudio de caso práctico, se llegó a la conclusión que el paciente manifiesta un deterioro cognitivo moderado, modificando las funciones cognitivas como la memoria, la atención, la retención de información, de esta manera repercutiendo en su calidad de vida. Gracias a la recopilación de la información se podrá implementar un esquema terapéutico acorde a sus síntomas.

Palabras claves: deterioro cognitivo, adulto mayor, estado de ánimo, capacidades funcionales, calidad de vida.

SUMMARY

This research addressed the issue of cognitive impairment and its influence on the mood of the elderly, because the geriatric population is viewed as a forgotten group, priority attention, prone to physical problems, mental, emotional and social, which lead to degenerative diseases associated with inappropriate lifestyles. The main objective of the research was to describe the main effects of cognitive impairment and how it influences mood. A methodology concomitant with the subject was proposed, carrying out clinical interviews and psychometric tools for the elaboration of the psychodiagnostic results. The development of the theoretical perspective was based on the review of academic documentation. According to the analysis, it is concluded that the results achieved are similar to the theory cited in this case study, it was concluded that the patient shows a moderate cognitive deterioration, modifying the cognitive functions such as memory, attention, information retention, thus affecting his quality of life. Thanks to the collection of the information, a therapeutic scheme can be implemented according to the patient's symptoms.

Keywords: cognitive impairment, older adult, mood, functional abilities, quality of life.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL ...	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICADO DEL INFORME FINAL SAI.....	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN.....	iii
SUMMARY	iv
INFORME FINAL DEL SISTEMA URKUND	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN.....	1
DESARROLLO.....	2
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVO GENERAL.....	2
SUSTENTO TEÓRICO.....	3
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	11
RESULTADOS OBTENIDOS	13
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFÍA	21

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como punto de partida conocer las manifestaciones y efectos del deterioro cognitivo y su incidencia en el estado de ánimo de un adulto mayor. La situación de cambio cognitivo se hace referencia a las modificaciones significativas de los procesos mentales como memoria, orientación, lenguaje, capacidad del juicio o atención. Puede originarse debido a diversos problemas neurodegenerativos, vasculares, de distimia y disforia. La disminución de las capacidades funcionales afecta esencialmente a las actividades conductuales del individuo.

En este trabajo de caso teórico- práctico sigue las líneas de investigación de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Babahoyo, más acordes al tema de la investigación, siendo así la más acorde la línea de asesoramiento psicológico, sublínea de asesoría y orientación educativa, personal, socio familiar, vocacional y profesional. Todas ellas permitirán una adecuada ejecución del tema mencionado.

Este estudio se complementa conociendo de qué forma esta pérdida de las funciones cognitivas como la memoria, la atención la velocidad del pensamiento y la información, aparecen en el envejecimiento natural, de qué factores, ambientales y sociales depende, y cómo influye en el estado de ánimo de un adulto mayor. La investigación utilizará una metodología concomitante con la temática. Se realizarán entrevistas clínicas y se aplicara herramientas psicométricas para la evaluación psicológica, las cuales serán de gran importancia para la adquisición de datos, que aseguren la fidelidad de los resultados y sirvan de guía durante las intervenciones psicosociales.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

Ante la alta vulnerabilidad que presenta la población geriátrica se ha considerado primordial someter este caso a un estudio investigativo, el mismo que facilitara a la detección de la problemática de mayor frecuencia en los adultos mayores. El envejecimiento es una de las etapas progresivas, transicionales que el individuo atraviesa, a medida que sobrepasa los 60 años de edad, aumentando la probabilidad que aparezca un declive en las funciones mentales.

El longevo se visualiza como un ser olvidado, prioritario de atención, propenso a padecer problemas físicos, mentales, emocionales y sociales, que los llevan a manifestar enfermedades, degenerativas, asociadas a estilos de vida inapropiados. A menudo el deterioro cognitivo es confundido como una respuesta a las dificultades cotidianas, ya que se considera como un fenómeno propio del proceso de la senectud, por lo que frecuentemente no es diagnóstica, ni tratada. Por tal razón, este estudio de caso está suficientemente motivado, con la finalidad de indicar que a través de los conocimientos adquiridos académicamente se podrá desarrollar en este campo neurológico, ofreciendo una visión diferente y suplementaria en la importancia de las funciones cerebrales superiores del adulto mayor con la finalidad de reducir su incidencia en el estado de ánimo.

Este tema es factible de investigar ya que cuentan con herramientas psicodiagnósticas, fuentes bibliográficas y una contextualización generalizada sobre el deterioro de las capacidades intelectuales, su situación emocional y sus determinantes patológicos. Con el actual estudio de caso se obtendrán grandes beneficios, ya que con los resultados se generará una idea más clara de la enfermedad, y se podrá orientar de mejor manera al adulto mayor, a la familia o al personal de cuidado para que busquen una ayuda psicológica inmediata.

OBJETIVO GENERAL

Determinar de qué manera el deterioro cognitivo influye en el estado de ánimo de un adulto mayor en la Ciudadela Primero de Mayo del Cantón Guaranda, Provincia Bolívar.

SUSTENTO TEÓRICO

Deterioro cognitivo

Definición.

El deterioro cognitivo se define como la disminución de los procesos mentales superiores o intelectivas como memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, planificación, adaptación, capacidad de razonamiento y aprendizaje. La alteración cognitiva continuamente está asociada al envejecimiento, manifestándose de manera heterogénea y de carácter complejo (Reyes, 2015).

García y Martínez (2012) “El envejecimiento es considerado como un proceso en donde ocurre un deterioro progresivo en el organismo, que conlleva a alteraciones morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas provocando vulnerabilidad en situaciones de estrés y culmina con la muerte” (pág.10-25). Evidentemente el declive de las funciones cognitivas está asociado a la edad, presentándose como un síndrome aparentemente leve.

Las capacidades cognitivas se modifican con la edad. Si bien es cierto algunos individuos no sufren cambios conductuales, pero pueden presentar una disminución de una o varias esferas intelectuales tales como ejecutar operaciones básicas o las funciones motoras rápidas, mientras que otros sufren patologías más severas como la enfermedad del Alzheimer y la demencia.

Funciones cognitivas.

La cognición es la habilidad que posee todo ser vivo para adquirir, modificar, transformar y recuperar la información comprendiendo diferentes procesos mentales, que forman parte del desarrollo del conocimiento y de la experiencia. Los procesos cognitivos tienden a ser naturales o artificiales, conscientes e inconscientes, por lo general suelen ser rápidos y constantes. Las funciones cognitivas logran la interpretación de los diferentes estímulos que se percibe del exterior. Lupón, Torrents, y Quevedo (2008) las categoriza en 6 condiciones:

- **Percepción:** Consiste en la recepción y modificación del criterio del juicio en torno a las sensaciones recibidas del ambiente. La sensación tiene una amplia relación con los sentidos siendo el segundo paso para la interpretación.
- **Atención:** La atención va seleccionando la información necesaria de la gran cantidad de estímulos, para que la mente humana los procese.
- **Memoria:** Es un proceso mental complejo por medio del cual, retenemos, mantenemos y representamos todo aquello que llega a nuestra conciencia, haciendo uso posterior de nuestra experiencia. Para que la información sea correctamente registrada es fundamental que otras funciones neurocognitivas permanezcan intactas.
- **Aprendizaje:** Son todas aquellas transformaciones significativas de la conducta inducidas por los distintos procesos que dan lugar a la obtención de nuevas destrezas, actitudes o valores. El aprendizaje es automático, memorístico, circunstancial y el individuo tiende a contradecir todo aquello a lo que no le encuentra lógica.
- **Lenguaje:** Es la parte central de la comunicación del ser humano, aquella que nos permite expresarnos mediante signos lingüísticos; distintas teorías, plantea que mediante la interacción social se obtiene nuevos conocimientos que ayudan a formar pensamientos más complejos.

Causas del deterioro cognitivo.

El funcionamiento cognitivo de un individuo puede verse afectado gravemente por manifestaciones clínicas que varían, desde problemas para comunicarse, cambios en la personalidad, incapacidad de resolver operaciones aritméticas, modificaciones del estado de ánimo, olvidos transitorios, hasta un serio trastorno severo. Es posible que varios casos, solo sea síntomas de algún trastorno reversible.

Los pacientes con deterioro cognitivo expresan especialmente pérdida de memoria, trastornos del lenguaje, donde el sujeto presenta problemas para poder hacerse entender y poder encontrar las palabras deseadas para expresarse, por lo consiguiente otra dificultad que se presenta a nivel cognitivo es la de atención, donde el sujeto no puede prestar la atención necesaria, y tiene dificultad al poder concentrarse en la actividad que esté realizando, en lo que respecta las habilidades viso-espaciales no pueden tener una buena orientación en el ámbito social. (Custodio, 2012, pág. s.p).

Sin embargo, el declive de la memoria asociado con la edad del paciente no afecta a la capacidad funcional. La disminución de la estimulación sensorial es una de las principales patologías en presentarse durante la etapa del envejecimiento, el ser humano por naturaleza es un ente social, por lo que una inestabilidad emocional se puede originar por la poca o nula interacción con el medio exterior provocando incapacidades pasajeras o permanentes al adulto mayor (Giro, 2011).

Tipos de deterioro cognitivo.

Deterioro cognitivo leve.

En la actualidad se encuentran estudios de gran importancia sobre la salud mental la cual se centra en la prevención primaria, enfocados a la reducción de la tasa de trastornos dada por el declive de las funciones intelectuales. Para comprender Pose y Manes (2010) denomina:

Deterioro cognitivo leve es un estado transicional entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal y un estadio temprano de la demencia. En la actualidad, el constructo deterioro cognitivo leve se reconoce como una condición patológica, no como un proceso normal asociado a la edad, y se utiliza específicamente para referirse a un grupo de individuos que presentan cierto grado de déficit cognitivo cuya severidad resulta insuficiente para cumplir criterios de demencia ya que no presentan un compromiso esencial en las actividades de la vida diaria (pág.7).

Gran parte de los estudios científicos apuntan que el adulto mayor en condición adecuadas, sin presencia de alguna afectación, no presenta un declive cognoscitivo, este trastorno se ha considerado como un síndrome geriátrico, que altera la calidad de vida, está vinculado a la pérdida de las habilidades físicas como psicológicas, por esta razón es de vital importancia la intervención temprana, siendo así la prevención un factor transcendental (Camargo y Laguado, 2016).

Demencia:

Define a la demencia como un síndrome que incluye la pérdida de funciones cognitivas con compromiso de la funcionalidad, es decir pérdida de las actividades de vida diaria para el funcionamiento laboral, social y familiar, sin mencionar los síntomas

psicológicos y conductuales, que en algunos casos pueden ser las primeras manifestaciones, cuya frecuencia se incrementa conforme evoluciona en severidad el síndrome de demencia (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

Los criterios diagnósticos para la demencia se centran en los procesos mentales del ser humano. El trastorno neurocognitivo mayor se diferencia del menor, basándose en la función de la intensidad de la sintomatología. La demencia mayor requiere la evidencia latente de un deterioro sustancial en relación al nivel de la funcionalidad del individuo (preocupación, quejas, falta de independencia). En cambio, el trastorno neurocognitivo menor no interfiere en la capacidad para efectuar las actividades diarias (López y Agüera 2015).

Alteraciones cognitivas no relacionadas con el envejecimiento.

Jiménez (2017) considera que los problemas de senectud se pueden evidenciar en diversas etapas:

1. Amnesia: Los problemas amnésicos se caracterizan por la pérdida de atención, generados por cuadros de ansiedad, depresión, presencia de crisis epilépticas, y una amnesia transitoria, esta patología puede ser recurrente, de origen vascular, epiléptico o por la manifestación de una cefalea migrañosa, Este síndrome de forma clínica presentará una falta de memoria anterógrada.

2. Delirium: Se caracteriza por el deterioro total de la conciencia y atención, y la disminución de las actividades psicomotoras, en casos graves el paciente mostrara un declive del pensamiento abstracto, de la capacidad de comprensión, presentando alucinaciones visuales, y la modificación del sueño-vigilia. El delirium puede aparecer a cualquier edad, pero frecuentemente ha aumentado en pacientes de 60 a 65 años.

3. Afasia: Trastorno neurológico que se caracteriza por la dificultad para comunicarse, la afasia puede ser grave o leve y aparece de forma repentina afectando las diferentes esferas como: la expresión, la comprensión, la lectura y la escritura. Esta patología se debe a una lesión o un tumor cerebral.

4. Agnosia: Es una extraña condición visual en la cual la persona que la sufren no puede percibir o reconocer los objetos, imágenes sonidos, lugares, aunque el sentido no se

vea este no podrá procesar y almacenar correctamente la información. La agnosia es poco frecuente, afectando a un sentido, siendo causada por daños en el lóbulo parietal, lóbulo temporal y lóbulo occipital.

El deterioro cognoscitivo indica una alta tasa de prevalencia en las personas mayores, condicionándolo a situaciones graves de incapacidad provocando una serie de dificultades asistenciales. El envejecimiento es un proceso biológico del ser humano, con el paso de los años se van dando cambios físicos, psíquicos y sociales (Ruiz, 2013), Existen varios subtipos de envejecimiento:

- Envejecimiento usual: Donde la persona mayor tiene un menor nivel de fragilidad, vulnerabilidad y muestran enfermedades crónicas sin consecuencias funcionales.
- Envejecimiento satisfactorio: Es aquella vejez en donde el individuo no muestra ninguna patología, o incapacidad, siendo una persona independiente.
- Envejecimiento patológico: Es aquí donde el anciano presenta dificultades crónicas, una mayor vulnerabilidad y una discapacidad.

Durante la última etapa las funciones del cuerpo comienza a disminuir paulatinamente, las personas comienzan a tener fallos en su recuerdos, y en otros eventos cotidianos, es aquí en donde se debe tomar en cuenta la edad social y las consecuencias que trae para el adulto mayor, ya que de esta forma se verá limitado a la ejecución de las actividades, y por ende en su psiquis, se verá afectada, alterando su estado de ánimo, aumentando el nivel de ansiedad, su irritabilidad, desmotivación, y estrés.

Estado de ánimo.

Definición.

El envejecimiento de la población crea simultáneamente problemas psicosociales como sanitarios. Así, que el interés sobre la salud mental, especialmente, el estado de ánimo del longevo, ha llevado a un ampliación e incremento de investigaciones. Si bien (Rocha, 2014) indica que:

El estado anímico es un modo subjetivo de sentirnos ante un hecho, situación, o estímulo concreto, abordando estructuras y mecanismos específicos vinculados con la parte afectiva de un individuo, expresando físicamente alguna función fisiológica

como reacciones faciales o pulso cardiaco, e incluye reacciones de conducta como la agresividad el llanto etc. Tiene una duración prolongada en el tiempo, horas, días, temporadas (pág.1).

Tipos de estado de ánimo:

Según Thayer (1998) clasifica a los estados de ánimo en seis tipos:

- **Calma-energía.** Estado donde el individuo se siente contento, en confianza, satisfecho, con una motivación de cumplir sus necesidades primordiales, mostrando una tensión baja.
- **Calma-cansancio.** Sensación previa al sueño en la cual el sujeto baja su tensión, y busca la recuperación de su energía expuesta en su rutina cotidiana.
- **Tensión-energía.** Es aquella estimulación que percibe la persona cuando termina el tiempo para cumplir alguna actividad.
- **Humor depresivo.** Expresan matices de tristeza, melancolía, ideación suicida, depresión y dolor. Este estado de ánimo siempre se ve acompaña de una baja autoestima, de cansancio e inseguridad.
- **Humor expansivo o hipertimia.** La satisfacción, la felicidad, euforia, son estados de exaltación diversos, es habitual en personas hiperactivas.
- **El humor neutro o eutimia.** Se identifican por el despego, imparcialidad.

Trastornos del estado de ánimo:

Los cambios de humor pueden ser repentinos y constantes, particularmente se deben al placer o desagrado de diversas necesidades prioritarias como: hambre, sed, sueño, amor, además de los intereses físicos como: la familia, amigos, profesión, educación y relaciones sociales. El humor puede expresarse de forma negativo como: la depresión, bipolaridad, ansiedad o de manera positiva, dependiendo de la estimulación que sienta el individuo.

Depresión: La depresión es una variación del humor en la que destaca un ánimo melancólico, sentimientos de culpa, sensación de cansancio, falta de apetito, pérdida del interés, incapacidad para obtener placer, es una enfermedad que puede ser recurrente o crónica. La depresión grave, puede llevar al individuo al suicidio y si es de manera leve, se puede manejar sin necesidad de medicamentos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Síntomas de la depresión en el adulto mayor:

- Irritación o enojo.
- Ansiedad, preocupación excesiva.
- Alteraciones de los procesos mentales.
- Actitudes compulsivas.
- Disminución de la concentración.
- Aislamiento de la familia o ideas suicidas.

Trastorno bipolar: Afección psiquiátrica que se asocia a la discapacidad y aumento de la morbilidad y la mortalidad, caracterizada por las alteraciones clínicas del estado de ánimo y la presencia de episodios maníacos, depresivos y mixtos. La persona que sufre cambios constantes de humor no logra tener relaciones interpersonales estables. El tratamiento consiste en fármacos estabilizadores y psicoterapia (Coryell, 2018).

Ansiedad: Respuesta emocional que se presenta en situaciones percibidas como amenazantes, la ansiedad puede ser nociva para el individuo. Siendo considerada como un trastorno mental prevalente, ya que comprende varios cuadros clínicos que comparten rasgos comunes de carácter patológico, manifestando disfunciones y declives a nivel neurológico y psicofisiológico. Estos factores frecuentemente se expresan en diferentes ámbitos sociales y culturales (Gómez y Ortega, 2016).

Síntomas de la ansiedad.

- Sensación de cansancio.
- Taquicardia, dolor muscular.
- Insomnio.

Emociones.

Anita Woolfolk (2010) explica que “Las emociones humanas son el resultado de respuestas fisiológicas provocadas por el cerebro, en combinación con interpretaciones de la situación y de otra información” (pág.396). Las dimensiones emocionales son reacciones que sirven para sentir, reaccionar y expresarse, se originan de modo repentino. Están compuestas por tres funciones: adaptativas, sociales y las motivacionales, estos componentes ayudaran al éxito de las relaciones amorosas y profesionales.

Funciones adaptativas. - Preparan al cuerpo para que ejecute la conducta requerida por las condiciones ambientales, utilizando la energía necesaria para ello, dirigiéndola a un objeto determinado. Destacándose ocho funciones primarias: miedo, alegría, asco, ira, sorpresa, tristeza, que se van adecuando a las funciones adaptativas como rechazo, autodefensa, protección, exploración y reintegración (Izard,2011).

Funciones sociales. - Facilitan la aparición de las conductas adecuadas, para la percepción de las emociones, permitiendo a los demás asimilar el comportamiento del individuo, es uno de los procesos más importantes para las relaciones interpersonales y para la comunicación de los estados psicoafectivos (Lemos, 2019).

Funciones motivacionales. - La motivación ayuda a la conducta a producir una reacción emocional adecuada, facilitando la interpretación de los estímulos. Este tipo de emoción depende del tipo de dimensión que se presente en el sujeto, ya sea de agrado o desagrado y de la intensidad. Toda conducta motivada provoca una reacción emocional y facilitando la capacidad de disfrutar (Clemente,2018).

La influencia que tienen los estados de ánimo en los procesos mentales ha sido de especial interés en diversos estudios, destacándose la dependencia y la congruencia. La congruencia evoca un recuerdo de forma sencilla y con materiales que son proporcionados por el afecto. La activación de una emoción lleva a que la cognición y a la memoria se expresen. En los adultos mayores que padecen trastornos depresivos, se pueden observar que codifican mejor las acciones y palabras negativas, a diferencia de las situaciones positivas o neutras. En cambio, la dependencia del estado de ánimo, tiene una amplia relación con el recuerdo de un evento.

A medida que los años avanzan, las personas de la tercera edad manifiestan poco interés en las metas a largo plazo, mostrado más realce a los vínculos afectivos (pareja, familia y amigos), ya que el manteniendo de las relaciones sanas llevaran a la obtención de experiencias positivas. Una adecuada calidad de vida se basa en atender aspectos significativos como la felicidad y el placer, son dos de los factores importantes para el aspecto social, y afectuoso. Un envejecimiento activo trae beneficios positivos demostrando mayor presencia de salud y una adecuada autoestima, aumentando el funcionamiento de las capacidades intelectuales.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El presente estudio de caso- práctico tiene un enfoque cualitativo la cual se caracteriza por ser una investigación que evalúa e interpreta la información obtenida a través de técnicas y herramientas psicológicas que entre ellas esta, el método observacional, la entrevista clínica, historia clínica y los test psicométricos, con el propósito de analizar de mejor manera la problemática planteada. A continuación, se describirán las técnicas e instrumentos utilizados en la presente investigación:

Método observacional

Elemento fundamental para la recolección de la información, la cual se utilizar como primer paso para el conocimiento del paciente, sobre la base de lo que representa, que es lo que hace, cuáles son los síntomas que manifiesta y que tiempo de evolución muestra, ya sea de forma verbal o no verbal, este proceso ayudara al esclarecimiento del diagnóstico, plan terapéutico y pronóstico.

Entrevista clínica

Herramienta psicológica que nos brinda un estudio amplio y complejo del paciente con la finalidad de obtener datos necesarios para un correcto abordaje metodológico. La entrevista clínica se caracteriza por la cooperación del entrevistado y por la empatía que presente el entrevistador, ya que esto ayudara al establecimiento del rapport. La entrevista se enfoca en el carácter objetivo (fechas, escolaridad, estado civil, etc.) y en el carácter subjetivo (opiniones, valoraciones).

Historia clínica

Técnica fundamental, utilizada por el psicólogo para la obtención de los antecedentes personales, biológicos, físicas, emocionales, relaciones familiares, sociales y sobre el ámbito laboral, con la finalidad de recoger información para poder completar los campos pertinentes, que servirán como una guía para la exploración mental y para la investigación de los procesos evolutivos.

Técnicas aplicadas

Mini-Mental State Examination (MMSE):

Test publicado en 1975 por el Dr. Marshal Folstein, comprende varias preguntas, que sirve para la detección del deterioro del estado cognitivo y vigilar la evolución del paciente con disfunciones neurológicas (demencia o delirium), especialmente en la población geriátrica. Su práctica consta entre 5 a 10 minutos, puntuada con un total de 30 puntos, por lo que es ideal aplicar de forma repetida y rutinaria. Las características esenciales que se evalúan son:

- Orientación temporal y espacial: se realizan preguntas sobre el día, fecha, año y el lugar en el que se encuentra.
- Memoria inmediata y retención: durante su evaluación se emplea la repetición y el recuerdo de tres palabras (bicicleta, cuchara, manzana).
- Concentración de trabajo: se valora las actividades de cálculo mental.
- Lenguaje: consiste en crear y repetir frases, oraciones.
- Praxis constructiva gráfica: requiere la copia de una figura geométrica.

Inventario de Depresión de Beck:

Creado por el psiquiatra estadounidense y pionero de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, el Inventario de Depresión de Beck, es un instrumento que consta de 21 preguntas con cuatro diferentes respuestas. Su calificación va de 0 hasta 3 describiendo el grado de identificación. Es uno de los cuestionarios más comunes para medir la severidad de depresión en el individuo se aplica de forma individual o colectiva y su tiempo estimado es de 5 a 10 minutos. Los ítems que aparecen son los siguientes:

- Tristeza.
- Sensación de fracaso.
- Pérdidas del sentimiento del placer.
- Modificación del sueño
- Disminución de la energía.
- Ideación suicidad.
- Ira.

RESULTADOS OBTENIDOS

Adulto mayor de 80 años de edad, viudo, con instrucción básica, oriundo de la ciudad de Guaranda, se encuentra solo sin referentes familiares, en su condición física presenta discapacidad auditiva hace 7 años, y pérdida total de la visión de un ojo hace 5 años, además su condición motora gruesa y fina, debido a esta incapacitada le resulta difícil movilizarse lejos de su casa, no trabaja, pero cobra el bono de desarrollo humano. Para el presente estudio de caso se realizaron 6 sesiones:

Primera sesión:

El primer contacto se realizó el 18 de julio a las 09:00am, por medio de una llamada telefónica y tuvo una duración de 45 minutos. Se procedió a detallar los objetivos y los alcances del estudio de caso, pidiendo la autorización para la obtención de la información personal, afirmación que se dejó en constancia en el consentimiento informado. Se toma algunos minutos para lograr el establecimiento del rapport, dando paso a la recolección de los datos, por medio de la entrevista no estructurada, con el propósito de crear un ambiente seguro y de confianza.

Durante la recopilación de los antecedentes familiares, y el motivo de consulta, el paciente manifestó “que se siente cansado, sin ganas de comer, que tiene problemas para recordar las cosas, ya que no piensa tan rápido como cuando era joven, que ahora debe hacer sus actividades diarias más despacio, además se siente muy triste porque no tiene a nadie en su vida, solo espera las horas y los días para morir”. Al preguntarle sobre su familia, responde que su esposa falleció hace 10 años y que no pudieron tener hijos. Se pudo lograr una correcta conexión, donde el paciente expreso, que se sintió libre al hablar de sus problemas, aunque al inicio no estuvo de acuerdo, pero decidió hacerlo ya que fue motivado por su vecina.

Segunda sesión:

La segunda sesión se llevó acabo el 22 de julio de 2020, en el horario de 10:00-10:40 am, se optó por profundizar los síntomas manifestados en la sesión anterior y de cómo esta afecta en sus actividades cotidianas. El paciente menciona que un día se encontraba lavando los platos, pero de un momento a otro se olvidó lo que estaba haciendo. Se puede observar que su estado emocional se encuentra muy afectado, triste, por estos sucesos ocurridos,

durante el relato le cuesta hablar, se queda callado debido que no presentaba una buena retentiva de las cosas. En esta sesión también se procedió a la toma de los diferentes test psicométricos, como el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Mini-Mental State Examination, siendo necesarias para la identificación de las alteraciones psicológicas.

Tercera sesión:

Se efectuó el día 31 de julio de 2020, a las 10:00 am, contando con una duración de 45 minutos, en esta sesión se le explicó al paciente acerca de cómo será el procedimiento de la actividad, otorgándole el material necesario para la aplicación de un manual preventivo y de intervención para el deterioro cognitivo, donde se le indicó los ejercicios específicos a desarrollar, estas herramientas e instrumentos fueron adaptadas a las incapacidades latentes, disfunciones físicas y las prioridades del adulto mayor, la ejecución de la técnica tomó un total de 25 minutos aproximadamente, al concluir con la terapia se dio un breve reforzamiento.

Cuarta sesión:

Cuarta sesión se dio el día martes 4 de agosto de 2020, desde la 09:00-10:00 am, se inició con ejercicios de estimulación cognitiva, trabajando los procesos elementales de la memoria de trabajo, memoria semántica y la memoria prospectiva, al adulto mayor se le manifestó que describa la forma de un objeto (una pelota pequeña de colores y con muchos accesorios), haciendo que utilice sus sentidos de visión y tacto para que identifique las características, para luego volver a pedirle que las mencione. Al finalizar la sesión, se pidió al paciente que exprese sus sentimientos y pensamientos que tiene acerca de su calidad de vida actual, sus sentimientos y emociones. Edgar expresó: “que se siente muy solo, sin energía, sin ganas de comer porque se encuentra muy preocupado e impotente porque cada día va perdiendo más su audición”.

Quinta sesión:

Realizada el 12 de agosto de 2020 a las 10:00 am con un tiempo estimado de 40 minutos, se solicitando al paciente que mencione la fecha, día y año actual, además que indicara los detalles de los ejercicios anteriores. Durante esta sesión se dio a conocer los resultados de los test psicológicos y un resumen de los síntomas hallados; ya que este procedimiento sirvió de guía para la corroboración de la información, ayudando al diseño de las diversas metodologías, para realizar un correcto abordaje de la problemática.

Consecutivamente, se trabajó las áreas de la atención y concentración durante 20 minutos, por medio de la técnica planificación de actividades, método fundamental para el mejoramiento de las capacidades intelectuales y a la motivación del adulto mayor.

Sexta sesión:

La sexta y última sesión se dio el día lunes 17 de agosto de 2020, con una duración de 45 minutos, en esta sesión se realizó la devolución de la información obtenida en las entrevistas anteriores, también se ejecutó una charla educativa, explicando en qué consiste el trastorno neurodegenerativo, cómo repercute en su vida, sintomatología frecuente, y qué tratamientos existen para la mejora significativa de los procesos cognitivos; y por último se recomendó al adulto mayor a continuar con la terapia psicológica, indicando su utilidad.

Situaciones detectadas

Para la elaboración del diagnóstico definitivo se basó en una serie de estrategias, destacando tres puntos significativos: como la entrevista siendo el medio imprescindible para la exploración del paciente, otorgándonos los antecedentes, familiares, sociales, afectivos y el motivo de consulta. En segundo lugar, tenemos la aplicación de los test psicométricos donde se evaluó el funcionamiento de los procesos mentales. Y por último se encuentra la observación clínica la cual nos ayudó a la observación conductual y funcional del paciente.

Gracias a la indagación psicológica se logró identificar una serie de situaciones, siendo distribuidas en diferentes áreas, en la primera sesión ejecutada, la cual se procedió mediante una entrevista no estructurada para el establecimiento del rapport, aunque la sesión se dio a través de una llamada telefónica se pudo percibir algunos síntomas característicos en el paciente, como pérdida de la memoria, tristeza, irritabilidad, cansancio, falta de atención, sentimientos de soledad.

En la segunda sesión se llevó a cabo la aplicación de los test psicométricos. Iniciando con la Escala de Mini-Mental State dando una puntuación 23, expresando un deterioro moderado, establecido en dos dominios principales: El primer dominio fue la memoria presentados como un olvido inusual de los recuerdos del pasado, imposibilitando la capacidad de reconocer objetos y teniendo problemas para encontrar las palabras adecuadas al momento de hablar. El segundo dominio evaluado fue la atención, visualizando la

disminución de las aptitudes atencionales, debido a la incapacidad para mantener una respuesta ante una tarea mental, presentando una desorientación temporo-espacial, le cuesta constituir ideas dificultándole procesar nueva la información.

Posteriormente se pudo explorar el estado de ánimo del adulto mayor por medio del el Inventario de Depresión de Beck, dándonos una puntuación de 46, con un resultado de depresión grave, evidenciado una alteración emocional, afectiva, y física, con aumento de pensamientos recurrentes con la muerte. Estos resultados nos permitieron valorar los niveles de cognición y depresión, por medio de un cuadro sintomatológico.

Tabla #1
Cuadro sintomatológico

AREAS	SINTOMATOLOGIA
Área afectiva	Melancólico Solitario Sin afecto familiar Triste
Área somática	Pérdida auditiva Pérdida de la visión de un ojo Cansancio Poca destreza para realizar algo.
Área cognitiva	Amnesia retrograda Dificultad para mantener la atención Se distrae fácilmente No sostiene las ideas por mucho tiempo
Área conductual	Mantiene poca relación social No realiza ninguna actividad Todos los días mantiene la misma rutina, sumiso.

Cuadro que describe los signos y síntomas presentados en el paciente adulto mayor

Según los datos obtenidos mediante las herramientas aplicadas en este estudio de caso teórico- práctico y sobre todo con la información proporcionada por el paciente, más los síntomas expresados durante las diferentes sesiones, y acompañado de la evaluación de las áreas cognoscitivas, se procedió a revisar el DSM-V ((Manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales) llegando a un diagnóstico presuntivo: Trastorno neurocognitivo mayor o leve 294.11 (F02.81).

Los trastornos neurocognitivos alteran los principales procesos mentales básicos (memoria, atención) reduciendo el funcionamiento ejecutivo y las habilidades motoras, en

el adulto mayor. A continuación, se describirá los criterios de diagnósticos basados en el DSM-V:

A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en:

- Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva, y
- Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (ej. trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Ante los cambios biológicos y fisiológicos propios del envejecimiento, es común que la salud mental del anciano se vea deteriorada, manifestando enfermedades degenerativas. Gracias a los estudios experimentales y a la información recolectada en las sesiones, el presente estudio de caso proporcionara un esquema terapéutico basado en la terapia cognitiva conductual (TCC), siendo la estimulación cognitiva la herramienta fundamental para la intervención, teniendo como punto de partida el mejoramiento de la calidad de vida, la inteligencia emocional, la conducta, satisfacción vital, atención y memoria. Este plan psicoterapéutico se adaptó a la necesidad del paciente, de forma que el adulto mayor se presentó colaborativo y entusiasmado.

ESQUEMA TERAPÉUTICO

Categorías	Objetivo	Actividad	Técnica	N° de sesiones	Resultados esperados
Entrenamiento motriz y emocional	Acciones destinadas a la mejora de la sintomatología asociada al deterioro cognitivo.	Programa de Intervención Motor-emocional en DCL: Técnicas dirigidas a la rehabilitación, orientación de la realidad, habilidades funcionales, afectivas, y el entrenamiento motor en la ejecución de las actividades diarias.	Estimulación motriz y emocional.	Dos sesiones por semana con una duración de 25 minutos.	El enfoque primordial es mantener las capacidades y retrasar las afecciones intelectuales del paciente, a través de ejercicios cognoscitivos que ayuden a la solución de problemas.
Reestructuración cognitiva.	Se busca fortalecer y ejercitar la mente potenciando la capacidad verbal del paciente.	Se comunica de manera oral el ejercicio y el paciente tiene que recordarlo en el mismo orden y en orden inverso. La secuencia irá aumentando progresivamente.	Estimulación del lenguaje y memoria.	Tres sesiones, ejecutadas en un tiempo de 35 minutos.	Se desea incrementar la autoestima personal y favorecer al uso funcional de la memoria, lenguaje mejorando el sentimiento de bienestar social.
Ocupacionales y recreativas.	Potenciar las destrezas de autonomía para la toma de decisiones y la resolución de problemas prácticos.	Sistematización de las acciones que el paciente planea realizar, coordinado de acuerdo a sus actividades diarias, estableciendo el día, hora y lugar.	Programa de actividades	Sesiones diarias hasta que el paciente pueda organizarse sin un cronograma.	Se espera que el paciente recupere la mayoría de destrezas emocionales sociales, afectivas y mentales que a lo largo de los años se han ido modificando por la presencia de enfermedades.
Habilidades de resiliencia.	Promover la prevención de la enfermedad, educando al adulto mayor sobre sus síntomas, tratamientos y planes terapéuticos.	Intervención educativa que pretende el cambio del comportamiento del paciente y las actitudes hacia la enfermedad, con la finalidad de desarrollar destrezas para la adherencia terapéutica.	Psicoeducación	Una sesión por semana, puede ser grupal o individual desarrollándose en un periodo de 10 minutos.	Que el adulto mayor tenga una explicación científica del trastorno, con el fin de optimizar su la calidad de vida, ayudando a la disminución de la vulnerabilidad, y que responda de manera óptima a los desafíos que impone su condición.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que en la actualidad el deterioro cognitivo no ha sido abordado, ni tratado a profundidad con la importancia requerida por la sociedad, siendo así una de las enfermedades que se manifiesta en la gran mayoría de los hogares, afectando en gran medida a la población geriátrica. Sin embargo, este estudio de caso, presento diversas algunas posturas que ayudaron a tener un mayor acercamiento para hacer frente a esta patología, mediante la intervención psicológica se observó que existe una gran incidencia en los estados emocionales que alteran los procesos mentales.

Se visualizo que la teoría empleada en el estudio de caso-práctico se alinea con las técnicas y herramientas empleadas, de esta manera cumpliendo con la línea de investigación de asesoramiento psicológico y la sublínea de asesoría y orientación educativa, personal, socio familiar, vocacional y profesional.

Esta investigación se mantuvo orientada al análisis de la influencia del deterioro cognitivo en el estado de ánimo del adulto mayor objeto, fundamentándose en el modelo cognitivo-conductual como respuesta a la problemática. Mediante la realización de seis sesiones al paciente se pudo obtener información relevante, las entrevistas, observaciones clínicas, y la aplicación de test psicométricos y contribuyeron principalmente al diagnóstico y a la pertinente investigación.

En estas sesiones se evidencio que el estado afectivo se ve severamente afectado, exhibiendo episodios de tristeza, melancolía, sentimientos de desesperanza, irritabilidad, inutilidad, pérdida de interés en sus actividades diarias, falta de apetito, perdida de la atención e ideas recurrentes de muerte, ocasionando problemas neurodegenerativos como falencias mentales, déficit de atención, deficiencia motriz, originado una discapacidad limitando al individuo. Gracias a los hallazgos obtenidos y a la información aportada por el adulto mayor, nos facilitó la elaboración de un esquema terapéutico adecuado y oportuno para un correcto abordaje.

El plan psicoterapéutico cognitivo conductual, planteado en este estudio de caso como solución para el Trastorno neurocognitivo mayor o leve 294.11 (F02.81) tiene como objetivo fundamental trabajar y restaurar los procesos cognoscitivos orientadas al

funcionamiento de la memoria, atención, concentración, percepción, motricidad y las habilidades de resiliencia, y mejorar las áreas, psicosociales, emocionales, afectivas, para que de esta manera aliviar los signos y síntomas que están interfiriendo en la calidad de vida

Se recomienda, que el paciente continúe con su proceso terapéutico, que siga con el cumplimiento de los ejercicios de estimulación cognitiva, y que realice actividades acordes a su edad, donde desarrolle acciones que le genere hábitos saludables, manteniéndose activo ya sea físico e intelectualmente, Además, de la implementación de técnicas que motiven a la mejora de su autoestima, independencia, y adaptabilidad a las enfermedades, ya que son factores importantes para la prevención, o el retraso del deterioro cognitivo leve. Se concluye con un pronóstico favorable para el paciente, debido a que se pudo mejorar parte de su deterioro cognitivo y establecer una adecuada inteligencia emocional.

BIBLIOGRAFÍA

- ASSOCIATION, AMERICAN PSYCHIATRIC. (2014). *Manual de Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales*. Arlington: Panamericana.
- Camargo, K. y. (2016). *Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga*. Santander, Colombia: Rev Univ. Salud. 2017;19(2):163-170. . doi:<http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.79>
- Clemente, S. (2018). *¿Conoces las principales funciones de las emociones?* Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/conoces-las-principales-funciones-de-las-emociones/>
- Coryell, W. (2018). *Trastornos de la salud mental. Síntomas. Diagnóstico y Tratamiento*. Carver College of Medicine at University of Iowa.
- Custodio, N. (2012). *¿Dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?* Lima, Perú: An la Fac Med.
- García, M. y Martínez, R. (2012). *Proceso de Envejecer. En: Elsevier*. España: Masson.
- Giró, J. (2011). *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva pluridisciplinar*. España: Universidad de la Rioja. Servicio de publicaciones.
- Gómez, O. y Ortega, R. (2016). *Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar*. España: Behavioral Psychology/Psicología Conductual 24(1):29-49.
- Izard, C. E. (2011). *Forms and functions of emotions*. Matters of emotion-cognition interactions. Emotion . Obtenido de <https://doi.org/10.1177/1754073911410737>
- Jiménez, L. (2017). *Demencias.Área de Psiquiatría-Universidad de Oviedo*. Obtenido de <https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/01/Demencias.pdf>
- Lemos, R. (2019). *La función de las emociones*. Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/la-funcion-de-las-emociones/>

- López, J. y Agüera, L. (2015). *Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría*. Madrid, España: CIBERSAM.
- Lupón, M., Torrents, A., y Quevedo, L. (2008). *Procesos Cognitivos Básicos. Apuntes de Psicología en Atención Visual*. Madrid, España: Universidad Politécnica de Cataluña.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: www.who.int/es
- Pose, M. y Manes, F. (2010). *Deterioro cognitivo leve*. Buenos Aires, Argentina: Mild cognitive impairment. Obtenido de https://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_7-12.pdf
- Reyes, M. (2015). *Valoración geriátrica en APS Enfermera*. Obtenido de <https://docplayer.es/40850372-Valoracion-geriatrica-en-aps-enfermera-maria-del-carmen-reyes.html>
- Rocha, M. (2014). *Psicología e Intervención Psicológica*. Obtenido de <https://miriamrochadiaz.wordpress.com/2014/05/06/emociones-estados-deanimo-e-inteligencia-emocional/>
- Ruiz, E. (2013). *Envejecimiento y vejez en Colombia. Estudio a profundidad*. Colombia: Profamilia, UNFPAISBN: 978-958-8164-36-6.
- Thayer, R. (1998). *Scielo*. Obtenido de http://directorgestudio.weebly.com/uploads/6/5/9/5/6595948/el_estado_de_animo_cun_2014_b.pdf
- Woolfolk, A. (2010). *Psicología educativa* (11a ed.). México: Pearson educación. Obtenido de <https://crecerpsi.files.wordpress.com/2014/03/libro-psicologia-educativa.pdf>

ANEXOS

Anexo # 1: Formato de Historia Clínica

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: ____ / ____ / ____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____
Lugar y fecha de nacimiento: _____
Género: _____ Estado civil: _____ Religión: _____
Instrucción: _____ Ocupación: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

- a. Genograma (Composición y dinámica familiar).
- b. Tipo de familia.
- c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.

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

6.3. HISTORIA LABORAL

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

6.9. HISTORIA MÉDICA

6.10. HISTORIA LEGAL

6.11. PROYECTO DE VIDA

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)_____

7.2. ORIENTACIÓN

7.3. ATENCIÓN

7.4. MEMORIA

7.5. INTELIGENCIA

7.6. PENSAMIENTO

7.7. LENGUAJE

7.8. PSICOMOTRICIDAD

7.9. SENSOPERCEPCION

7.10. AFECTIVIDAD

7.11. JUICIO DE REALIDAD

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS**8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS**

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social - escolar		
Somática		

9.1. Factores predisponentes:**9.2. Evento precipitante:****9.3. Tiempo de evolución:****10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL****11. PRONÓSTICO****12. RECOMENDACIONES****13. ESQUEMA TERAPÉUTICO**

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

Firma del pasante

Anexo# 2 Test Mini-Mental State Examination (MMSE)

MINI -MENTAL STATE EXAMINATION													
Nombre y Apellidos:													
Fecha nacimiento:						Estudios:							
¿A qué edad finalizó los estudios?:						Sabe leer: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
Profesión:						Sabe escribir: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
I. ORIENTACION TEMPORAL				II. FIJACION				V. LENGUAJE					
¿En qué año estamos ?				Nombrar 3 objetos,				Señalando el lápiz ¿Qué es esto?					
¿Qué día del mes es hoy?				a intervalos de 1 segundo				INC	0	COR	1		
¿En qué mes del año estamos?				BICICLETA, CUCHARA, MANZANA				Señalando el reloj ¿Qué es esto?					
RESPUESTA		REAL		Ahora dígalos usted				INC	0	COR	1		
Día	Me	Año	Día	Me	Año		INC	COR		0	1	2	
0	0	0	0	0	0	BICICLETA	0	1	Quiero que repita lo siguiente:				
1	1	1	1	1	1	CUCHARA	0	1	“NI SÍ, NI NO, NI PEROS”				
2	2	2	2	2	2	MANZANA	0	1					
3	3	3	3	3	3		0	1	2	3	Haga lo que le voy a decir		
4	4	4	4	4	4	Repetir los nombres hasta				INC	COR		
5	5	5	5	5	5	que los aprenda.				0	1		
6	6	6	6	6	6								
7	7	7	7	7	7	III. ATENCION Y CALCULO				Coja este papel con la mano derecha,			
8	8	8	8	8	8	Le voy a pedir que reste desde				dóblelo por la mitad			
9	9	9	9	9	9	100 de 7 en 7				0 1			
¿Qué día de la semana es hoy?						RES	REAL	INC	COR	y déjelo en el suelo			
RESPUESTA							93	0	1	0 1			
L	M	X	J	V	S	D	86	0	1	0	1	2	3
REAL							79	0	1	Haga lo que dice aquí:			
L	M	X	J	V	S	D		72	0	1	(mostrar atrás de esta hoja)		

¿En qué estación del año estamos?			65	0	1	“Cierre los ojos”					
RESPUESTA	REAL		0	1	2	3	4	5		0	1

PRIMA		PRIMA		Deletree al revés la palabra				Escriba una frase que tenga												
VERANO		VERANO		MUNDO				sentido (atrás de esta hoja)												
OTOÑO		OTOÑO		RES	REAL	INC	COR			0	1									
INVIER		INVIER			O	0	1	Copie este dibujo (atrás de esta hoja)												
	0	1	2	3	4	5		D	0	1										
ORIENTACION ESPACIAL					N	0	1			0	1									
¿En qué país estamos?					U	0	1	PUNTUACION TOTAL												
INC	0	COR	1		M	0	1	0	1	2	3									
¿En qué provincia estamos?					0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
INC	0	COR	1	IV. MEMORIA				Puntuación máxima (30)												
¿En qué ciudad estamos?				Dígame el nombre de los tres				EDAD												
INC	0	COR	1	objetos que le nombré antes				E S C O L		≤ 50	51-75	>75								
¿Dónde estamos ahora?					INC	COR			≤ 8	0	+1	+2								
INC	0	COR	1	BICICLETA	0	1			9-17	-1	0	+1								
¿En qué piso /planta estamos?				CUCHARA	0	1			>17	-2	-1	0								
INC	0	COR	1	MANZANA	0	1	PUNTUACION													
	0	1	2	3	4	5		0	1	2	3	CORREGIDA								

Anexo#3: Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

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

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

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

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

1. Sentimientos de Castigo

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

2. Disconformidad con uno mismo.

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

3. Autocrítica

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

4. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

5. Llanto

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

11 Agitación

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

12 Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

13. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

14. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

15. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

16. Irritabilidad

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

17. Cambios en el Apetito

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

18. Dificultad de Concentración

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

13. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

0 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

14. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:
