



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN
Y HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Abordaje Clínico de la autoestima de una adulta mayor:
aplicación de la terapia integrativa**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Poma Poma, Sara Stefanía

Director: Valarezo Guzmán, Erick Gabriel

LOJA

2024



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2024

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 1 de octubre de 2024

Magister

Gianella Lisseth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad. -

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Abordaje clínico de la autoestima en una adulta mayor: aplicación de la terapia integrativa realizado por Sara Stefanía Poma Poma, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Erick Gabriel Valarezo Guzmán, Mgtr.

C.I.: 0705954154

Correo electrónico: egvalarezo@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Sara Stefanía Poma Poma, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado Abordaje clínico de la autoestima en una adulta mayor: aplicación de la terapia integrativa, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: marco teórico, metodología y resultados, siendo Erick Gabriel Valarezo Guzmán, director del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”, en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autor: Sara Stefanía Poma Poma

C.I.: 1150931390

Correo electrónico: sspoma@utpl.edu.ec

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a Dios, ya que gracias a él he logrado concluir con mi carrera, a mis padres porque ellos estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona, por ser mi soporte y no dejarme caer en mis momentos más difíciles, a mis hermanos y sobrinos por sus palabras y su compañía, a mi abuelito y mi hermana aunque no estén presentes físicamente con nosotros, se que desde el cielo siempre me cuidan y me guían para que todo salga bien, a mi hija, Alina, quien ha sido mi motor y motivo para seguir luchando cada día, por iluminar mis días con su sonrisa y por ser mi razón para continuar progresando profesionalmente.

Finalmente, se lo dedico a mis amigos, familiares, y todas aquellas personas que de una u otra forma se hicieron presentes con palabras de aliento y apoyo para el logro de mis objetivos.

Agradecimiento

Primeramente, quiero expresar mi agradecimiento a Dios, por haberme dado vida y salud para poder lograr mis objetivos, a mis padres por su apoyo económico y emocional, a la Universidad Técnica Particular de Loja por tener una calidad de docentes ya que gracias a ellos he obtenido aprendizajes y enseñanzas como persona y como profesional. De igual forma, expreso mi agradecimiento a los centros que me abrieron sus puertas para poder realizar mis prácticas preprofesionales, por acogerme y darme la oportunidad de mejorar mis habilidades y aptitudes, que posteriormente me servirán a lo largo de mi vida profesional. Finalmente, agradezco a todas las personas que me apoyaron durante todo el transcurso de mi carrera, y de manera muy especial a todos los docentes que me brindaron su apoyo y comprensión para que hoy por hoy esté culminando con mis estudios.

Índice de contenido

Carátula.....	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento.....	V
Índice de contenido	VI
Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno.....	6
Marco teórico	6
1.1 Presentación del caso	6
1.1.1 Identificación del paciente.....	6
1.1.2 Motivo de consulta	7
1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología	7
1.2 Proceso de evaluación	8
1.3 Proceso diagnóstico	14
1.3.2 Diagnóstico diferencial.....	14
1.3.3 Diagnóstico definitivo	17
Metodología.....	19
2.1 Tratamiento/Intervención.....	19

2.1.1 Objetivos terapéuticos.....	19
2.1.2 Plan de tratamiento/intervención.....	19
Capítulo tres.....	33
Resultados.....	33
Discusión.....	37
Recomendaciones.....	42
Referencias.....	43

Índice de tablas

Tabla 1 Funciones mentales.....	10
Tabla 2 Instrumentos aplicados.....	13
Tabla 3 Criterios del Episodio depresivo leve.....	15
Tabla 4 Criterios del Trastorno de Adaptación con reacción depresiva leve.....	16
Tabla 5 Criterios del Trastorno Neurocognitivo leve.....	17
Tabla 6 Plan Terapéutico.....	19
Tabla 7 Síntomas presentes y ausentes en la observación clínica.....	37

Índice de figuras

Figura 1 Genograma.....	6
Figura 2 Resultados de la Escala de Autoestima de Rosenberg.....	34
Figura 3 Resultados de la Escala de Bienestar Psicológico de RyFF.....	35
Figura 4 Resultados de la Escala de Vida (WHOQL-OLD24).....	36

Resumen

El presente estudio detalla el caso clínico de una adulta mayor de 80 años con problemas de autoestima afectando su bienestar psicológico debido a algunos hechos desencadenantes como la falta de habilidades sociales desde su niñez, la muerte de su hijo y su esposo. Durante el proceso evaluativo, la paciente refiere presentar inseguridad, autoconcepto negativo, desconfianza, culpabilidad, autoevaluación continua, sentimientos de soledad y tristeza y minusvalía. Para el proceso de intervención se aplica la terapia integrativa que consta diez sesiones con la finalidad de mejorar la autoestima de la paciente.

Finalmente, tras las sesiones que se realizaron cada semana, se evidencian los resultados que se obtuvieron antes y después del tratamiento que demuestran la efectividad de la terapia logrando cumplir con los objetivos terapéuticos planteados con un incremento en las puntuaciones de autoestima y el bienestar psicológico.

Palabras clave: adulta mayor, autoestima, bienestar psicológico, terapia integrativa

Abstract

The present study details the clinical case of an 80-year-old woman with self-esteem issues affecting her psychological well-being due to several triggering events, such as the lack of social skills since childhood, the death of her son, and the loss of her husband. During the evaluative process, the patient reported experiencing insecurity, a negative self-concept, distrust, guilt, constant self-evaluation, feelings of loneliness and sadness, and worthlessness. An integrative therapy was applied in the intervention process, consisting of ten sessions aimed at improving the patient's self-esteem.

Finally, after the weekly sessions, the results obtained before and after the treatment show the effectiveness of the therapy, achieving the therapeutic goals set with an increase in self-esteem scores and psychological well-being.

Keywords: older adult, self-esteem, psychological well-being, integrative therapy

Introducción

Hoy en día, un número creciente de personas experimenta ciertas características que, aunque no siempre se vuelven patológicas, provocan incomodidad, trastornos psicosomáticos. Estas características también pueden generar actitudes y emociones disfuncionales, constituyendo un factor de riesgo para el desarrollo de futuras patologías. En el presente caso se conoce y describe cómo incide la autoestima en la vida personal, familiar y social del ser humano; los factores que componen la misma, como el autoconcepto, la motivación y la autoeficiencia que ayudan a disminuir el estrés y la ansiedad frente a las distintas actividades que se realizan cotidianamente (Muñoz, 2021).

Para Pérez (2019) la autoestima es la valoración positiva o negativa que la persona hace sobre sí misma, incluyendo las emociones, pensamientos y sentimientos que se han tenido a lo largo de la vida. Sin embargo, según (Duro, 2021) menciona que la autoestima es un sistema abierto a las diferentes interacciones de la persona con su entorno, cuya actualización y mantenimiento tienen como objetivo optimizar el estado mental del ser humano. Por lo tanto, se puede mencionar que la autoestima es un aspecto fundamental de la persona, dado que influye en la formación de la personalidad, la salud mental y la adaptación al entorno.

En los adultos mayores, la autoestima se basa en la historia de vida del individuo, englobando sus experiencias de infancia, juventud y madurez, más que en hechos recientes. Por lo tanto, los adultos mayores que no experimentaron baja autoestima en el pasado tienden a encontrarse en un estado de armonía, manteniendo un nivel equilibrado y alto de autoestima (Gancino y Eugenio, 2022). Diversos estudios han evidenciado que las personas adultas mayores pueden disminuir su autoestima debido a cambios físicos y de salud, aislamiento social, pérdida de independencia, cambios cognitivos y factores emocionales como la adaptación a una nueva etapa del ciclo vital..(Guillen et al., 2021).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) menciona que para el año 2030, un 14% de adultos envejecerá más pronto de lo normal, manifestando también que la soledad y aislamiento social son factores de riesgo clave para las afecciones de salud mental

en etapas posteriores de la vida. A nivel global se han realizado diversos estudios relacionados con la autoestima en adultos mayores, Morales et al. (2024) realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar el nivel de autoestima y antecedentes patológicos en 59 adultos mayores, en el cual se observó que existe un predominio medio a nivel de autoestima con un 64,4% considerando que ningún adulto presentó baja autoestima. Sin embargo, Álvarez et al. 2019 realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal a un grupo de 40 adultos mayores que oscilan entre los 65 años, en donde se evidenció que el 65% de los adultos mayores presentó un nivel bajo de autoestima.

Por otro lado, es preciso señalar que, a nivel de América Latina, en México se desarrolló un estudio a dos grupos de 60 adultos mayores en el municipio de Ajacuba, 30 de ellos pertenecientes a la comunidad y 30 en un programa de Casa de día, el fin de este estudio fue identificar el nivel de autoestima, para ello se aplicó la escala de autoestima de Rosenberg y un cuestionario sociodemográfico, en donde se pudo reflejar que el grupo de la comunidad presentaba un nivel medio y el grupo de casa de día un nivel elevado en cuanto a su autoestima (Trejo et al., 2019).

En Ecuador García y Lara (2022) realizaron una investigación en donde se pudo encontrar hallazgos relevantes relacionados a la calidad de vida y autoestima en adultos mayores, mencionando que el 77% de adultos mayores percibe una baja calidad de vida y el 76% una autoestima baja, asociando estas dos variables de manera directa, es decir, a medida que disminuye la calidad de vida disminuye la autoestima. Todo eso se atribuye a factores como la viudez, edad, percepción de escaso bienestar físico y psicológico.

Según García (2020) señala que la falta de capacidad física, energía, y movilidad les impiden llevar un ritmo de vida al que no estaban acostumbrados antes. Otro de las causas para que los adultos mayores tengan baja autoestima es cuando sus familiares ya no se encuentran con ellos o su cónyuge fallece. De igual forma, Harada et al., (2013) indican que padecer de algún trastorno mental en la tercera edad puede reducir significativamente la autoestima, así como la inseguridad financiera y dependencia económica, el deterioro

cognitivo, la falta de interacción social y la soledad son factores que influyen de manera negativa para que un adulto mayor presente baja autoestima.

En este sentido, algunos signos comunes de una baja autoestima incluyen inseguridad, falta de confianza en sí mismo, miedo al rechazo, constante necesidad de aprobación externa, autocrítica excesiva y la sensación de no ser suficiente. Estos síntomas pueden impactar negativamente la vida personal, las relaciones, el desempeño académico o laboral y la salud emocional (Scala, 2023). Por ello, es importante abordar acerca de esta temática ya que, la autoestima es indispensable para el desarrollo normal y sano, contribuyendo de manera esencial al proceso de la vida, a su vez desempeña un papel clave en las elecciones y decisiones que le dan forma a la vida.

Por ende, en este trabajo se presenta el caso por medio de tres capítulos abordados por el marco teórico, metodología y resultados; añadiendo los apartados de introducción, discusión, conclusiones y recomendaciones. Dentro del primer capítulo relacionado con el marco teórico, se muestra la presentación de caso conjuntamente con la identificación del paciente, motivo de consulta, historia del problema y descripción de la sintomatología; a su vez, se expone el proceso de evaluación, entrevista con el paciente, la observación clínica, los instrumentos psicológicos aplicados y el proceso diagnóstico. En el segundo capítulo se presenta la metodología, donde se señala el tratamiento con el plan de terapéutico y las sesiones que se llevaron a cabo a lo largo del proceso de intervención. El capítulo tres comprende los resultados cuantitativos y cualitativos que se obtuvieron tras el tratamiento, es decir, la comparación pre y post tratamiento de la aplicación del plan terapéutico. Finalmente, se presenta la discusión, conclusiones y recomendaciones conseguidas del abordaje clínico y estudio de caso presentado.

Asimismo, se ha realizado un genograma que evidencia la estructura familiar de la paciente. En este, se resaltan los miembros de la familia, así como las relaciones que existen entre ellos y cualquier tipo de enfermedades mentales o médicas que sean relevantes. El genograma brinda una amplia visualización del campo familiar y ayuda a identificar algunos patrones genéticos que se pueden ser hereditarios o influir en la situación clínica de la paciente.

El genograma destaca que N.N. proviene de una familia compuesta por su hija, su yerno, nietos y ella misma. Se revela que su esposo murió a causa de un accidente de tránsito debido a que se encontraba en estado de conciencia alterado. Esto permite comprender de mejor manera los factores ocultos que contribuyen a la presentación clínica de la paciente.

1.1.2 Motivo de consulta

La paciente N.N. ingresa para valoración psicológica en donde solicita evaluación, seguimiento y pertinencia de permanecer en el centro geriátrico, puesto que requiere de apoyo periódico pre establecido en base a las directrices del centro. El propósito es mejorar su bienestar psicológico y cognitivo, y mejorar su autoestima, proporcionando herramientas necesarias que le ayuden a mantener su calidad de vida.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

N.N. menciona ser consciente que debido a su edad y a sus condiciones físicas y mentales, le resulta difícil recordar con claridad cierta información relacionado con su vida. Además, refiere que durante las últimas semanas su estado de ánimo ha disminuido continuamente, tiene sentimientos de incapacidad para poder realizar algunas actividades cotidianas experimentando miedo exagerado a equivocarse al momento de hacer lo que le piden en el centro. Así mismo, menciona ser muy dura consigo misma, ya que critica sus fracasos o deficiencias como "lamento haber tomado malas decisiones que me perjudicaron a mí y a mis seres queridos" "me gustaría volver atrás y cambiar algunas cosas" "no valgo para nada" y "me da pena no haberles podido dar algo mejor a mis hijos" sintiéndose culpable por todo lo que ha sucedido en su vida, se enfoca en las cosas que no ha logrado y no en

apreciar sus éxitos y triunfos. Ella refiere que a medida que va cursando el tiempo, se ha vuelto más retraída, en ocasiones ha llegado a sentir que ya no sirve para nada lo que ha desencadenado sentimientos de tristeza y desesperanza. Pese a sentirse insegura y poco valiosa, N.N. busca de manera constante sentirse aprobada por su hija y sus nietos, procurando que los demás reconozcan su valía. Durante la entrevista, la paciente ha manifestado todas sus molestias, refiriendo que estos pensamientos, sentimientos y emociones han surgido poco después de haber ingresado al centro geriátrico, aunque su familia es una red de apoyo estable, ella quiere sentirse mejor consigo misma.

1.2 Proceso de evaluación

El proceso de evaluación se puede definir como el procedimiento mediante el cual se estudia el comportamiento de uno o más individuos, explorando el entorno en el que se da la conducta o se valora el éxito de programas e intervenciones; mismo en el que se plantean objetivos claros para ayudar y mejorar la calidad de vida del paciente. Para realizar este proceso se necesita elaborar una o varias entrevistas, observación clínica, la aplicación de reactivos psicológicos y los autorregistros, todos estos sirven para identificar que problemática presenta el paciente (Paz y Peña, 2021).

El proceso de evaluación se realizó en un centro geriátrico durante tres sesiones, cada una con una duración aproximada de 40 minutos a 1 hora. En el transcurso de este periodo de 3 semanas, se realizó un proceso evaluativo en donde se incluyó una entrevista semiestructurada, la aplicación de reactivos psicológicos, y la observación clínica que permitieron evaluar en que situaciones surgía esta sintomatología, así como los pensamientos y conductas experimentadas. Cabe mencionar que el centro ya manejaba un conjunto de instrumentos o aplicativos que deberían ser aplicadas reglamentariamente a cada usuario independientemente de su condición.

1.2.1 Entrevista con la paciente

La entrevista psicológica representa el primer contacto entre el paciente y el profesional, donde este último obtiene información crucial a través de la conversación directa

con el individuo. En este encuentro se recopilan datos personales relevantes para el diagnóstico, convirtiéndola en la herramienta más desafiante y compleja dentro del proceso de evaluación psicológica (Conxa, 2012). Dominar las habilidades de comunicación, escucha activa y empatía son esenciales para que el psicólogo pueda guiar al paciente en este proceso y obtener información precisa que permita un diagnóstico acertado y un tratamiento efectivo. Así mismo, existen diferentes tipos de entrevista, como la estructurada y semiestructurada, siendo esta última la más utilizada por los psicólogos puesto que, no existe un orden determinado en redacción y las preguntas van surgiendo de acuerdo a lo que comenta el paciente. En este caso se aplicó una entrevista semiestructurada debido a que la paciente se mostró colaborativa y tranquila durante la entrevista.

Primera entrevista. En esta sesión se informó a la paciente sobre el consentimiento informado a la paciente, que me permite realizar al momento de firmar el mismo; se estableció rapport y se procedió a iniciar con la historia clínica, recabando datos personales, historia de la enfermedad, cuando empezó a presentar su sintomatología y el motivo del por qué. Por un momento, la paciente se mostró triste debido a que recordó la muerte de su segundo hijo; sin embargo, continuó tranquila.

Segunda entrevista. En esta entrevista se continuó con la recaudación de datos personales de la paciente, haciendo realce en la psico anamnesis personal, familiar y laboral, prosiguiendo con la entrevista semiestructurada, la paciente demostró tener confianza al momento de comentar algunos que para ella considera son privados. Es importante mencionar que, en ciertas ocasiones, la paciente divagaba en sus relatos, por lo que se redireccionó y se la centró nuevamente en la sesión.

En la siguiente sesión, se prosiguió con la recolección de datos pendientes, tales como la historia social y psicosexual de la paciente. Para finalizar, se aplicaron reactivos psicométricos acordes a la sintomatología presentada. Al término de cada encuentro, se brindó a la paciente un espacio para realizar comentarios, formular preguntas o expresar inquietudes relacionadas con la entrevista. Esta apertura permite al paciente aclarar dudas, abordar temas adicionales y sentirse partícipe activo del proceso. Además, se le interrogó

sobre si existía algún tema adicional que deseara abordar más allá de lo ya mencionado, fomentando así una comunicación abierta y completa.

1.2.2 Observación clínica

En este apartado, se pudo evidenciar que la paciente presentaba un aspecto físico normal, vestía de acorde a la edad, manteniendo su cuidado limpio. El contacto visual se mantuvo presente siempre con el entrevistador, por lo que, no se observó nada fuera de lo normal o que pudiera ser considerado como relevante dentro del proceso de evaluación.

Con la ayuda de la entrevista y observación clínica, se obtuvo gran parte de información significativa en la vida de la paciente, así como también, sobre las funciones mentales.

Tabla 1

Funciones mentales

Conciencia	Aparentemente sin alteraciones
Orientación	Temporal y espacial levemente afectadas
Atención	Voluntaria
Memoria	Con alteración leve
Pensamiento	Presencia de fuga de ideas, estructura del pensamiento levemente alterada
Sensopercepción	No presenta alucinaciones en la sensopercepción.
Lenguaje	Tono de voz normal, ritmo de habla normal
Afectividad	Armoniosa, colaborativa
Voluntad	Estado consciente, alternando momentos de calma y alegría en su comportamiento.
Psicomotricidad	Aparentemente sin conflicto
Introspección	
Hábitos	No presenta
Instintos	No refiere dificultad para conciliar el sueño, apetito y conservación adecuados, no refiere conductas autolíticas
Inteligencia	Promedio
Juicio y razonamiento	Capacidad crítica y heterocrítica levemente afectadas
Descripción de la apariencia	Normal, vestida de acorde a su edad

Nota. En la tabla se muestran los resultados obtenidos de las funciones mentales.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Test de Evaluación Cognitiva Montreal MOCA. El Montreal Cognitive Assessment (MoCA) fue desarrollado por Nasreddine et al. en 2005 con el propósito de facilitar la detección del deterioro cognitivo leve. Este instrumento evalúa una variedad de funciones cognitivas, incluyendo funciones ejecutivas, atención, abstracción, memoria, lenguaje, capacidades visuoespaciales, cálculo y orientación. En términos de fiabilidad y validez, el MoCA ha demostrado tener una consistencia interna alta (alfa de Cronbach de 0.76), así como una fiabilidad test-retest de 0.921 y una fiabilidad entre examinadores de 0.914 (Carcavilla, 2021). Dentro del centro geriátrico, se utilizó el MoCA como parte del protocolo de evaluación para identificar posibles alteraciones cognitivas asociadas a la edad en los pacientes (Rodríguez et al., 2018).

Escala de Autoestima de Rosenberg. (Rosenberg, 1965): se empleó la versión adaptada al español por Echeburúa (1995), la cual consta de 10 ítems formulados de los cuales 5 están enunciados de manera positiva y 5 de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia. Esta escala sirve para profundizar la autoestima personal y evaluar el sentimiento de satisfacción que tiene la persona sobre sí misma. La forma de interpretación se realiza de manera inversa, es decir, de los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1 y de los ítems 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4. Dentro de las propiedades psicométricas, la consistencia interna de esta escala se encuentra entre 0,76 y 0.87, y la fiabilidad es de 0,80.

Escala de Satisfacción con la vida (Satisfaction with Life Scale, SWLS). es un instrumento ampliamente utilizado para evaluar la satisfacción global con la vida de una persona. Esta escala fue desarrollada por Diener et al. (1985) y ha sido adaptada a diversos idiomas, incluido el español. La versión adaptada al español mantiene la estructura original de cinco ítems y es conocida por su simplicidad y efectividad en la medición de la satisfacción con la vida. Dentro de las propiedades psicométricas, se evidencia que la escala presenta buena consistencia interna con un 0,74. (González – Rivera et al., 2015). La Escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction with Life Scale, SWLS) es un cuestionario autoadministrado compuesto por cinco ítems diseñados para medir la satisfacción global con la vida de una persona. Cada ítem se puntúa en

una escala Likert de 7 puntos, que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). La puntuación total de la escala se obtiene sumando las respuestas de los cinco ítems, lo que da un rango de puntuación de 5 a 35 (Diener et al., 1985)

Cuestionario WHOQOL – OLD. El cuestionario WHOQOL-OLD, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, está diseñado para evaluar la calidad de vida en personas mayores. Consiste en 24 ítems distribuidos en seis facetas, y cada ítem se puntúa en una escala Likert de 1 a 5, donde 1 indica "muy insatisfecho" y 5 indica "muy satisfecho". La puntuación de cada faceta se obtiene sumando las puntuaciones de los ítems correspondientes, y la puntuación total de calidad de vida se obtiene sumando las puntuaciones de todas las facetas (Lucas Carrasco, R., 2012). Forma parte del proyecto WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) y se centra en aspectos relevantes para esta población (WHOQOL group, 1998).

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, permite evaluar el bienestar psicológico de los individuos, en su versión original contiene 42 ítems. La versión de 39 ítems de Dierendock fue adaptada en un grupo de 467 personas voluntarias de España, en edades de 18 y 72 años, teniendo como resultado en su consistencia interna valores entre 0.71 y 0.83 (Díaz et al, 2006). Por otro lado, tiene seis factores: Autoaceptación (1,5,10,15,20,25,30), Control Situacional (4,9,14,19,24,29,34), Relaciones Positivas (2,7,12,17,22,27,32), Propósito de Vida (6,11,16,21,26,31,36) Crecimiento Personal (5,12,19,26,33,38,39) y Autonomía (3,8,13,18,23,28,33), su modo de respuesta está formada de una escala tipo Likert que va del 1 al 6, en donde 1 es está completamente en desacuerdo y 6 está completamente de acuerdo García et al. (2023).

La forma de calificar es invirtiendo sus puntajes, se suma las puntuaciones obtenidas por cada dimensión y se divide la suma de las puntuaciones por el número de ítems que le corresponde a cada dimensión, por último, se realiza una sumatoria global. La puntuación máxima es de es de 234 puntos, el bienestar psicológico elevado está representado por una puntuación mayor a 176, las puntuaciones que están dentro de 141 y 175 tienen un bienestar psicológico alto, entre 117 y 140 su bienestar es moderado, y un puntaje igual o menor a 116 da como resultado un bienestar psicológico bajo (García et al., 2023).

Tabla 2*Instrumentos aplicados*

Instrumentos	Resultado cuantitativo	Interpretación
MocA (Test de Evaluación Cognitiva Montreal)	<ul style="list-style-type: none"> • Visoespacial/Ejecutiva: 3/5 • Denominación: 3/3 • Atención: 1/3 • Lenguaje: 0/1 • Abstracción: 4/5 • Orientación: 4/6 • Puntuación total: 19/30 	Deterioro cognitivo leve
Escala de Autoestima de Rosenberg	21	Autoestima baja
Escala de Satisfacción con la vida (Satisfaction with Life Scale, SWLS)	23	Ligeramente insatisfecha con la vida
Cuestionario WHOQOL – OLD	75	Calidad de vida moderada
Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	<ul style="list-style-type: none"> • Autoaceptación: 23 • Relaciones positivas con los demás: 26 • Autonomía: 21 • Dominio del entorno: 22 • Propósito en la vida: 22 • Crecimiento personal: 25 • Puntuación total: 139 	Bienestar Psicológico Bajo

Nota. Resultados obtenidos de los instrumentos aplicados.

En base a las baterías psicológicas aplicadas, se puede establecer que en el test de Evaluación Cognitiva Montreal (MocA se muestra deterioro cognitivo leve, en la Escala de Autoestima de Rosenberg se obtuvo una puntuación de 21 lo que refleja una autoestima baja, es decir, tiene una valoración negativa sobre su autoconcepto y autoaceptación; en la Escala

de Satisfacción con la vida la puntuación obtenida por la paciente fue de 23 lo que refleja estar ligeramente insatisfecha con la vida; en el Cuestionario WHOWOL-OLD, la paciente fue de 75 lo que indica que presente una moderada calidad de vida, y en la Escala de Bienestar Psicológico de Riff se reflejó un bienestar psicológico moderado con una puntuación de 139.

1.3 Proceso diagnóstico

El proceso diagnóstico es un proceso inferencial, realizado a partir de un cuadro clínico, destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente. (Capurro, D. y Rada, G., 2007).

Para poder llegar al diagnóstico de la paciente, se han considerado diversas herramientas dentro del proceso psicológico entre las que se están, la entrevista, la observación clínica y los instrumentos psicológicos. A más de ello, se tomaron en cuenta factores personales internos y externos de la paciente. Por último, se consideraron los criterios de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) en su décima revisión para determinar los diagnósticos.

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

Debido a la sintomatología presentada por el paciente en el transcurso de las primeras entrevistas, se consideran los siguientes diagnósticos presuntivos:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F43.2 Trastorno de adaptación.
- Trastorno Neurocognitivo leve
- Z61.0 Pérdida de relaciones afectivas en la infancia

1.3.2 Diagnóstico diferencial

Después de establecer un diagnóstico presuntivo, es imperioso descartar alguna sintomatología que no está presente dentro de los criterios para ser considerados como un diagnóstico definitivo. Álvarez et al. (2023). Mencionan que el diagnóstico diferencial es una herramienta que permite contrastar la hipótesis sobre el padecimiento contra los diversos descubrimientos y criterios diagnósticos, descartando aquellas sintomatologías o patologías

que no sean compatibles; planteando también que es uno de los trabajos médicos más importantes y en algunas ocasiones, el más complejo de realizar.

En este caso, existieron tres diagnósticos presuntivos en donde la paciente presentaba algunos criterios establecidos en el manual, sin embargo, existieron algunos criterios que no se cumplían para poder establecer un diagnóstico definitivo. Estos trastornos fueron el Episodio depresivo leve, Trastorno de adaptación y Trastorno Neurocognitivo Leve. A continuación, se presentan los criterios que la paciente cumplía, así como lo que no:

Tabla 3

Criterios del Episodio depresivo leve

Criterios que cumple	Criterios que no cumple
C.1 Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.	B.1 Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas.
C.2 Sentimientos razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.	B.2 Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
	B.3 Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.
	C.3 Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
	C.4 Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
	C.5 Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
	C.6 Cualquier tipo de alteración del sueño.
	C.7 Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

Nota. CIE-10 ((Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Décima Revisión)

Para poder realizar un diagnóstico a una persona con Episodio depresivo leve, el CIE 10 menciona que es necesario cumplir cinco o más de los criterios establecidos. En el caso de la paciente no existen el número de criterios manifestados para considerar que presente ese episodio, sin embargo, la paciente mencionó experimentar ciertos sentimientos de culpa, tristeza y soledad, que posiblemente se pudieron evidenciar en los instrumentos psicológicos aplicados. No obstante, hay que tener en cuenta que, para determinar el diagnóstico de un trastorno mental, los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo.

Tabla 4

Criterios del Trastorno de Adaptación con reacción depresiva leve

Criterios que cumple	Criterios que no cumple
A. El inicio de los síntomas debe producirse en el mes posterior a la exposición a un estrés psicosocial identificable, pero no de tipo catastrófico ni inusitado.	B. El individuo manifiesta síntomas o alteraciones del comportamiento del tipo de los descritos en cualquiera de los trastornos del humor (afectivos) (F30- F39) (excepto ideas delirantes y alucinaciones), de cualquiera de los trastornos en F40-F48 (trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos) y de los trastornos disociales. Los síntomas pueden variar en forma y gravedad. C. Excepto en la reacción depresiva prolongada (F43.21), los síntomas no persisten más de seis meses tras el cese del estrés o sus consecuencias. (No obstante, esto no es óbice para que se realice un diagnóstico provisional si todavía no se cumple este criterio

Nota. CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Décima Revisión)

Para poder realizar un diagnóstico a una persona con Trastorno de adaptación, el CIE 10 menciona que es necesario cumplir cinco o más de los criterios establecidos. En el caso de la paciente no existen el número de criterios manifestados para considerar que presente ese episodio, sin embargo, la paciente mencionó experimentar ciertos sentimientos de

desesperanza, preocupación y un poco irritable, que posiblemente se pudieron evidenciar en los instrumentos psicológicos aplicados. No obstante, hay que tener en cuenta que, para determinar el diagnóstico de un trastorno mental, los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo.

Tabla 5

Criterios del Trastorno Neurocognitivo Leve

Criterios que cumple	Criterios que no cumple
<p>A. Evidencias de un declive cognitivo moderado 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) basada en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 modesto del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa. 	<p>B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).</p> <p>C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.</p> <p>D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).</p>

Nota. DMS-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición)

1.3.3 Diagnóstico definitivo

Con base a lo manifestado anteriormente y sustentándose en el cumplimiento de los criterios, la entrevista, la evaluación, la observación clínica y los reactivos aplicados, se puede señalar que la paciente presenta:

Z61.0 Pérdida de relaciones afectivas en la infancia.

A lo largo de su infancia, la paciente experimentó un proceso de adaptación cuando se trasladó del hogar de su madre para irse a vivir con los empleadores de ella desde los 8

años. Al principio no tuvo problema alguno, sin embargo, con el pasar del tiempo, ella sintió que necesitaba a su familia cerca porque sentía que no podía continuar viviendo con ellos, pero, esto no pudo llevarse a cabo debido a que su madre estaba atravesando por problemas económicos, por lo que lo más conveniente era que se mantenga viviendo con ellos. Ella menciona que así pasó hasta la adolescencia hasta que conoció a su esposo con quien mantuvo una relación de 5 años hasta que decidieron contraer matrimonio, producto de ello tuvieron dos hijos una mujer y un hombre quien falleció a la edad de 3 años. Todos estos acontecimientos han sido indicio para que la paciente presente este diagnóstico, ya que se evidenció una pérdida emocional íntima con su madre cuando niña, y con su hijo al momento de fallecer.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

Se elaboró un plan de intervención para abordar la pérdida de relaciones afectivas en a infancia. El mismo que se basó en diversas técnicas procedentes del modelo cognitivo conductual, el cual consistió en 8 sesiones individuales de aproximadamente 40 minutos, llevadas a cabo semanalmente de manera presencial.

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

1. Incrementar la autoestima de la paciente mediante la intervención psicoterapéutica basada en diferentes técnicas integrativas.
2. Mejorar el bienestar psicológico de la paciente a través de la psicoterapia integrativa para su buena salud mental.
3. Fomentar una mejor calidad de vida en la paciente mediante estrategias y técnicas basadas en la terapia integrativa.
4. Evaluar el mantenimiento o mejoría de la sintomatología en la paciente posterior a la aplicación del plan terapéutico.

2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

Tabla 6

Plan Terapéutico

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	OBJETIVO DE SESIÓN	TÉCNICA/ACTIVIDAD	OBSERVACIÓN
1	Incrementar la autoestimada de la paciente mediante la intervención psicoterapéutica basada en diferentes técnicas integrativas.	- Enfrentar y desafiar pensamientos negativos. - Identificar sus fortalezas y debilidades.	- Psicoeducación sobre las fortalezas u debilidades que posee cada persona y ayudar a la paciente que reconozca las mismas. - Mindfulness	

2	Incrementar la autoestima de la paciente mediante la intervención psicoterapéutica basada en diferentes técnicas integrativas.	- Promover la autoconfianza en la paciente.	- Técnica del espejo	Continuar practicando la técnica en su hogar.
3	Incrementar la autoestima de la paciente mediante la intervención psicoterapéutica basada en diferentes técnicas integrativas.	<ul style="list-style-type: none"> - Convertir los pensamientos negativos en positivos con relación a la autoestima. - Cambiar las ideas irracionales o los pensamientos autocríticos negativos para hacerlos menos prominentes. 	- Técnica stop de pensamiento.	
4	Mejorar el bienestar psicológico de la paciente a través de la psicoterapia integrativa para su buena salud mental.	- Identificar los pensamientos relacionados con su ambiente familiar y centro geriátrico.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reestructuración cognitiva – Diálogo socrático – Identificación de pensamientos negativos. - Registro de pensamientos negativos. 	
5	Mejorar el bienestar psicológico de la paciente a través de la psicoterapia integrativa para su buena salud mental.	- Cuestionar los pensamientos negativos de la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva – cuestionamiento de pensamientos negativos 	

6	Mejorar el bienestar psicológico de la paciente a través de la psicoterapia integrativa para su buena salud mental.	- Reforzar pensamientos positivos en la paciente y lograr que adquiera pensamientos que se adapten a su realidad.	❖ Reestructuración cognitiva - Reemplazar los pensamientos negativos por unos más adaptativos.
7	Fomentar una mejor calidad de vida en la paciente mediante estrategias y técnicas basadas en la terapia integrativa.	- Identificar cosas positivas que generen felicidad en la paciente fomentando su autonomía y su utilidad.	- Técnica el árbol de mis virtudes.
8	Fomentar una mejor calidad de vida en la paciente mediante estrategias y técnicas basadas en la terapia integrativa.	- Practicar el autocuidado. - Mantener una actividad física regular.	- Crear una lista de hábitos que estén de acuerdo a las limitaciones que tenga la paciente.
9	Fomentar una mejor calidad de vida en la paciente mediante estrategias y técnicas basadas	- Fortalecer la identidad del adulto mayor por medio de recuerdos.	- Memoria autobiográfica

en la terapia integrativa.

10	<p>Evaluar el mantenimiento o mejoría de la sintomatología en la paciente posterior a la aplicación del plan terapéutico.</p>	<p>- Brindar una retroalimentación sobre el proceso terapéutico que se ejecutó.</p> <p>- Evaluar el avance del proceso mediante un retest posterior a la intervención.</p>	<p>❖ Retest</p> <p>- Escala de autoestima de Rosenberg.</p> <p>- Escala de Bienestar Psicológico</p> <p>- Escala de calidad de vida</p>
----	---	--	---

Nota. Objetivos y técnicas empleadas en el proceso terapéutico.

2.1.2.1 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico

- ❖ **Sesión 1.** Se desarrolló con la finalidad de enfrentar y desafiar pensamientos negativos e identificar sus fortalezas y debilidades. Para ello, se emplearon dos técnicas psicológicas, como la psicoeducación y el mindfulness; mismas que se dará detalle más adelante, cabe recalcar que ambas técnicas fueron previamente explicadas por el terapeuta antes de realizarlas. La psicoeducación toma importancia en cualquier proceso terapéutico, puesto que, permite que la persona explore y cultive sus habilidades naturales al descubrir sus fortalezas. Este proceso capacita a la paciente para examinar y abordar las situaciones diarias de manera más flexible y adaptativa que antes. Tena Hernández. (2020). Además, se empleó la técnica psicológica de mindfulness que, según Quezada, D. (2023). Menciona que, es la capacidad intrapersonal de prestar atención, la cual, está relacionada a un momento de estar consciente en el presente.
- **Descripción de la sesión.** Para el desarrollo de la sesión, primeramente, se procedió a preguntarle a la paciente ¿qué cree que es una fortaleza? Y ¿qué cree que es una debilidad? La paciente respondió de acuerdo a su criterio; en esta ocasión, se explicó lo qué es una fortaleza y debilidad, validando el concepto que mencionó la paciente,

de igual forma se le proporcionó información y herramientas para que pueda comprender y gestionar sus puntos fuertes y áreas en las que se desempeña mejor; una vez realizado esto, se procedió a preguntar a la paciente las fortalezas y debilidades que posee, explicando que eso es parte de ser humano, fomentando un ambiente de aceptación hacia uno mismo y hacia los demás, empleando un lenguaje claro para que la paciente pueda comprender. Para ello se utilizó material didáctico como hojas de papel bond en donde estaban escritas fortalezas y debilidades dispersas y se le pidió a la paciente que las relacione de acuerdo a lo explicado. A través de esta técnica, se logró que la paciente comprenda un poco más acerca de esta temática, y las relacione con el valor que tiene como ser humano.

Por otro lado, se introdujo a la paciente a la técnica de mindfulness, una práctica de gran valor que ayuda a entrenar la mente para enfocarse en el presente y manejar el estrés. Para comenzar, se guió a la paciente para que adoptara una postura cómoda y relajara sus músculos, recordándole que se encontraba en un ambiente seguro y tranquilo. A continuación, se la invitó a realizar respiraciones lentas y profundas, centrando su atención en las sensaciones corporales y en los pequeños eventos que ocurrían en su interior, manteniendo esta práctica durante 30 segundos. El objetivo de este ejercicio era entrenar a la paciente para gestionar su atención focalizándola en estímulos simples y cotidianos, sin permitir que las distracciones interfirieran en el proceso. Se explicó que, a través de la práctica constante de mindfulness, la paciente podría desarrollar la capacidad de observar sus pensamientos y emociones sin juzgarlos, permitiéndole así responder de manera más efectiva ante situaciones difíciles.

Posteriormente, se explicó que la intención de la técnica de mindfulness era que la paciente pudiera dirigir su atención hacia las experiencias y eventos que la habían impactado, tanto positiva como negativamente, a lo largo de su vida. Esta práctica, de

gran importancia, permitiría a la paciente desarrollar habilidades para afrontar de manera efectiva todo tipo de situaciones, mejorando su calidad de vida en general.

❖ **Sesión 2.** El objetivo en esta sesión fue promover la autoconfianza en la paciente, se trabajó la técnica psicológica llamada técnica del espejo, la cual consiste en fomentar la autoconciencia, la empatía y el autoconocimiento. Así lo señala Guerrero Ocaña (2020). quien menciona que la efectividad de esta técnica radica en que nos confronta con nuestra propia imagen, propiciando un diálogo interno profundo. De esta manera, nos permitimos explorar facetas que usualmente evitamos, conduciéndonos al descubrimiento de cualidades positivas que antes no valorábamos. Adicionalmente, contribuye al entrenamiento mental para aceptar las características que percibimos como defectos, como la timidez o la inseguridad.

• **Descripción de la sesión.** Para el desarrollo, primeramente, se estableció un ambiente seguro y de confianza en donde la paciente se sienta segura, para ello, se escogió el exterior del centro en donde se permite observar la naturaleza; luego, se explicó en qué consiste esta técnica, cómo funciona y los beneficios que puede aportar, procurando que la paciente comprenda que el propósito es reflejar y explorar sus propias experiencias, pensamientos y emociones. Para ejecutar esta técnica se utilizó un espejo tamaño medio, seguido, se animó a la paciente a que se mire al espejo y se le preguntó En esta etapa, se le invitó a la paciente a reflexionar sobre sí misma mediante una serie de preguntas introspectivas:

- ¿Cuáles son las cualidades positivas que reconoce en sí misma?
- ¿Qué aspectos de su persona le generan incomodidad o desagrado?
- ¿Qué es lo que más aprecia en sí misma?
- ¿Qué emociones experimenta en este momento?
- ¿Cuáles son sus pensamientos actuales?
- Si pudiera cambiar algo de sí misma, ¿qué sería?

Adicionalmente, se exploraron sus reacciones ante situaciones que afectan negativamente su estado de ánimo, profundizando en aspectos mencionados durante la entrevista, como:

- ¿Cómo reacciona ante sentimientos de culpa por eventos pasados?
- ¿Cómo maneja la preocupación excesiva por el futuro?

Tras esta introspección, se la guió a reflexionar y analizar sus experiencias a través de preguntas como:

- ¿Cómo se siente al observarse en el espejo?
- ¿Qué aspectos positivos rescata de sí misma?
- ¿De qué manera estas reflexiones pueden influir en sus decisiones y relaciones personales, familiares y sociales?

Para concluir la sesión, se realizó una retroalimentación sobre la técnica del espejo y las reflexiones que la paciente compartió. Se enfatizó en la importancia de esta práctica, ya que nos permite la autoobservación y la reflexión profunda sobre nuestras experiencias cotidianas. Gracias a esta técnica, la paciente experimentó un notable aumento en su confianza personal al explorar cada una de sus vivencias y al considerar las percepciones que los demás tienen de ella. Incluso, expresó frases empoderadas como: "soy especial", "soy valiosa", "perdono y me perdono", las cuales reflejan un avance significativo en su proceso de autoaceptación.

- **Logro de la sesión.** Al aplicar esta técnica, se logró que N.N se enfoque en sus fortalezas y aspectos positivos, teniendo una imagen más realista sobre sí misma, aceptando sus cualidades e imperfecciones.

Como tarea para reforzar lo aprendido, se le encomendó a la paciente continuar practicando la técnica del espejo en su hogar.

- ❖ **Sesión 3.** El objetivo a alcanzar en esta sesión fue convertir los pensamientos negativos en positivos con relación a la autoestima, se consideró emplear la técnica de stop de pensamiento la cual, según Fagoaga et al. (2018), mencionan que es una técnica de autorregulación emocional que se emplea para abordar pensamientos disfuncionales con el fin de detenerlos antes de que tengan un impacto negativo en nuestra vida cotidiana, habilidades y autoestima, limitando así su influencia perjudicial.
- **Descripción de la sesión.** Al inicio de la sesión se explicó en qué consiste la técnica, cómo se la va a desarrollar y que se obtiene al realizarla. Primero, se identificaron los pensamientos negativos de la paciente, ya que es importante saber a qué se enfrenta; para ello, se utilizó una hoja en blanco para irlos describiendo y a la vez escuchando qué le generan. Una vez realizado esto, se le pidió a la paciente que comente cuales han sido estos pensamientos intrusivos, al momento de hacerlo se fue indagando en cada uno, de igual forma se realizó una lista de pensamientos agradables para ella. Para llevar a cabo esta técnica es importante elegir un estímulo de parada que se produzca voluntariamente, en este caso se le indicó a la paciente que puede darse una palmada y simultáneamente utilice palabras como ¡stop! ¡basta!. Después de que se escogió el estímulo de corte, es adecuado utilizar la misma acción para que pueda condicionarlo con la respuesta relacionada, luego de haber utilizado dicho estímulo se buscó una actividad o pensamiento en la que focalice su atención, para esto, se necesitan las afirmaciones positivas que se anotaron previamente. Para lograr que la paciente ejecute esta actividad, fue conveniente practicarla antes, tomando en cuenta lo siguiente: primero el profesional pide al participante que imagine el pensamiento negativo, entonces le da en voz alta la señal para cortar el pensamiento y después de ello le recuerda la autoinstrucción que debe decirse y le indica que debe imaginar la escena agradable; segundo el participante elige la señal que utilizará para cortar el pensamiento, el experimentador le pide que evoque el pensamiento negativo y es el participante quien emite la señal de corte en voz alta; tercero el terapeuta solicita al

participante que evoque el pensamiento negativo y que después lo corte en voz baja y realice de manera autónoma el procedimiento entrenado.

- **Logro de la sesión.** La paciente consiguió reducir la frecuencia y duración de estos pensamientos cambiando el foco de atención y aumentando el sentimiento de control sobre ellos, ya que ella misma repetía el estímulo distractor.
- ❖ **Sesión 4.** El objetivo que se propuso en esta sesión fue identificar los pensamientos negativos relacionados con su ambiente familiar y centro geriátrico. La identificación de pensamientos negativos es una técnica fundamental en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Este proceso implica reconocer y registrar los pensamientos automáticos negativos que surgen en respuesta a diversas situaciones y que contribuyen a la angustia emocional y a comportamientos desadaptativos (Greenberger & Padesky, 1995).
- **Descripción de la sesión.** Inicialmente se explicó a la paciente que son los pensamientos automáticos negativos y cómo estos pueden afectar sus emociones y comportamientos, explicando de manera general cómo funciona la reestructuración cognitiva; seguidamente se le proporcionó un cuadernillo para que describa todos los momentos en los que se siente culpable, ansiosa, sola y triste, así mismo, se le mencionó que en este debe señalar la situación o evento desencadenante, las emociones que sintió colocándolas en un nivel del 0 al 10 y los pensamientos automáticos que surgieron. Esto se envió como tarea hasta una próxima sesión.
- ❖ **Sesión 5.** Se desarrolló esta sesión para cuestionar los pensamientos irracionales de la paciente. El cuestionamiento de pensamiento negativo es una técnica central en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), utilizada para identificar, evaluar y modificar pensamientos negativos automáticos y creencias disfuncionales (Beck, 2011). El objetivo es reemplazar estos pensamientos con cogniciones más realistas y equilibradas, lo que puede mejorar el estado emocional y el comportamiento del individuo (Clark & Beck, 2010).

- **Descripción de la sesión.** En esta sesión, se llevó a cabo una revisión conjunta de los registros de la paciente con el objetivo de identificar patrones o temas recurrentes en sus pensamientos negativos. Conjuntamente con la paciente se analizaron en detalle las distorsiones cognitivas que presentó, como la sobregeneralización, que consiste en sacar conclusiones generales a partir de un solo evento o situación; el filtraje negativo, que implica enfocarse únicamente en los aspectos negativos de una experiencia y excluir los positivos; y la descalificación de aspectos positivos, que minimiza o ignora los logros o experiencias positivas.

Para desafiar estos pensamientos negativos y promover una reestructuración cognitiva, se empleó la técnica del cuestionamiento socrático. Se guió a la paciente a formular preguntas como: ¿Cuál es la evidencia a favor y en contra de este pensamiento? ¿Existe una manera más objetiva de ver la situación? ¿Este pensamiento es una reacción exagerada o desproporcionada? ¿Este pensamiento me está ayudando o perjudicando? ¿Qué consejo le daría a otra persona que tenga un pensamiento similar?

- **Logro de la sesión.** A través de este proceso de cuestionamiento, la paciente pudo reflexionar sobre la validez y utilidad de sus pensamientos negativos, y comenzó a desarrollar una perspectiva más objetiva y realista de las situaciones que le generaban malestar. Se explicó que, al identificar y modificar las distorsiones cognitivas, la paciente podría mejorar significativamente su bienestar emocional y comportamiento.
- ❖ **Sesión 6.** Reforzar pensamientos positivos en la paciente y lograr que adquiriera pensamientos que se adapten a su realidad fue el objetivo que se propuso para esta sesión, dentro de la reestructuración cognitiva se fomentó la generación de pensamientos alternativos, utilizando las autoinstrucciones positivas, para ayudarle al paciente a modificar las conceptualizaciones, emplear habilidades de afrontamiento y enfrentar con éxito situaciones estresantes (Meichenbaum, 1977).

- **Descripción de la sesión.** Tras cuestionar los pensamientos negativos, se procedió a trabajar en la formulación de alternativas más realistas y equilibradas que se ajustaran a la realidad de la paciente. Se guió a la paciente para identificar los aspectos distorsionados de sus pensamientos negativos y, en conjunto, se formularon nuevas perspectivas que reflejaran una visión más objetiva y ajustada a la realidad. Se le explicó que estos nuevos pensamientos debían ser puestos en práctica cada vez que surgieran los pensamientos automáticos negativos, con el objetivo de observar cambios positivos en sus emociones y comportamientos.

Adicionalmente, se motivó a la paciente a continuar registrando y desafiando sus pensamientos negativos como parte de su rutina diaria. Se le explicó que este registro le permitiría identificar patrones en sus pensamientos, evaluar su progreso y, en caso de ser necesario, ajustar las estrategias utilizadas para afrontarlos. De esta manera, la paciente se convertiría en una agente activa en su proceso de cambio, tomando control sobre sus pensamientos y emociones.

- **Logro de la sesión.** Al aplicar esta técnica, se logró que la paciente fomente una mejor comprensión de sus pensamientos y cómo estos influyen en sus emociones y comportamiento, desarrollando la capacidad de analizar situaciones desde diferentes perspectivas y considerar alternativas positivas; es así que, N.N fortaleció su autoestima creando una imagen personal más positiva y sana.
- ❖ **Sesión 7.** El objetivo para esta sesión fue identificar aspectos positivos que generen felicidad en la paciente fomentando su autonomía y su utilidad. Se fomentó la generación de pensamientos alternativos, utilizando las autoinstrucciones positivas, para ayudarle al paciente a modificar las conceptualizaciones, emplear habilidades de afrontamiento y enfrentar con éxito situaciones estresantes (Meichenbaum, 1977).

- **Descripción de la sesión.** Se brindó al paciente un completo formulario de seguimiento, en el que se explicaba detalladamente cada sección. A continuación, se le pidió que identificara los pensamientos automáticos negativos que surgían en respuesta a situaciones específicas que desencadenaban estas ideas. Luego, se le enseñó a reconocer el malestar emocional asociado a estos estilos de pensamiento desadaptativos. Posteriormente, se le guió para evaluar la validez de esos pensamientos y reemplazarlos por alternativas más funcionales, lo que condujo a un cambio en su estado emocional y, en consecuencia, en sus acciones futuras.

Se realizaron diversos ejercicios prácticos hasta que el paciente adquirió la confianza necesaria para completar el formulario de seguimiento de forma autónoma durante la semana. Esta técnica fue muy valorada por el paciente, quien la consideró de gran utilidad.

- ❖ **Sesión 8.** Los objetivos que se propusieron en esta sesión fueron practicar el autocuidado y

mantener una actividad física regular. En esta sesión, se inició brindando una psicoeducación sobre el autocuidado mencionando que esto es una práctica fundamental para el bienestar mental, emocional y físico de la persona, el cual implica actividades y hábitos que promuevan el bienestar, ayudan a gestionar el estrés mejorando la concentración y la eficiencia en las actividades diarias, así como también para fortalecer las relaciones interpersonales. Después, se le proporcionó una hoja a la paciente indicando que se describa que actividades suele realizar diariamente desde que se levanta hasta que duerme, una vez realizado esto, se analizó cada una de ellas, sin embargo, no todas fueron actividades que las realiza a diario. Para ello, se creó una lista de hábitos tomando en cuenta sus limitaciones y capacidades, considerando que la paciente es una paciente creyente en Dios y le gusta leer la biblia, se propuso leer en la mañana por diez minutos, seguidamente, N. N mencionó que le gusta caminar, por ello, se incluyó que camine por un lapso de quince a veinte minutos tres veces por semana; en cuanto a la jornada matutina y vespertina no se estableció

una rutina, puesto que, al asistir al centro, todos los días realiza distintas actividades de entretenimiento como la bailoterapia y compartir con los demás adultos mayores. Después de retirarse del centro geriátrico, se propuso compartir con su hija y su yerno ya que únicamente convive con los dos, esta actividad se la propuso realizar en caso de que ella lo requiera. Después, en el horario nocturno se propuso ingerir una cena ligera y saludable, evitando comidas copiosas o picantes, posterior a ello, se propuso escuchar música. Finalmente, se prepara para dormir, procurando disminuir la iluminación.

- ❖ **Sesión 9.** El objetivo a alcanzar en esta sesión fue fortalecer la identidad del adulto mayor por medio de recuerdos. Para el desarrollo de esta sesión se creó un ambiente seguro y acogedor donde la paciente se sienta cómoda compartiendo sus recuerdos mostrando empatía y respeto. Después se explicó el propósito y beneficios de realizar esta técnica mencionando que ayuda a mejorar el bienestar emocional y la autoestima, aclarando que no existen respuesta correctas ni incorrectas ya que, solamente se trata de sus experiencias personales, seguidamente se seleccionó etapas significativas de la vida de la paciente escogiendo su infancia y adolescencia como las mejores épocas, para ello se utilizaron fotografías y canciones para desencadenar recuerdos específicos, a su vez se realizaron preguntas abiertas como ¿cómo te sentiste en ese momento? O ¿qué significó para usted esa experiencia? Posterior a ello, se le proporcionó un cuadernillo, se animó a la paciente a escribir sus recuerdos ya que sirve de ayuda a preservar sus recuerdos reflexionando cada uno de ellos y verlos desde una perspectiva positiva identificando sus logros y fortalezas y como ha superado los desafíos del pasado, tomando en cuenta sus recuerdos negativos se reestructuró enfocándose en lo que aprendió de ello y creció a raíz de esas experiencias. Finalmente, se resumió lo discutido en esa sesión destacando los aspectos positivos fomentando la conexión de su historia personal con sus valores y objetivos actuales.

- ❖ **Sesión 10.** El objetivo principal de la sesión fue proporcionar retroalimentación sobre el proceso terapéutico y evaluar su avance mediante la aplicación retest de los instrumentos psicológicos posterior a la intervención. En esta ocasión, se realizó una nueva evaluación del estado psicológico de la paciente para analizar los cambios logrados tras las sesiones de intervención. Durante la sesión, se aplicaron nuevamente los instrumentos psicométricos y escalas utilizados previamente para el seguimiento del caso, con el fin de comparar los resultados obtenidos antes y después del tratamiento. Para finalizar, se realizó un repaso de los principales contenidos de la intervención a través de una retroalimentación conjunta.

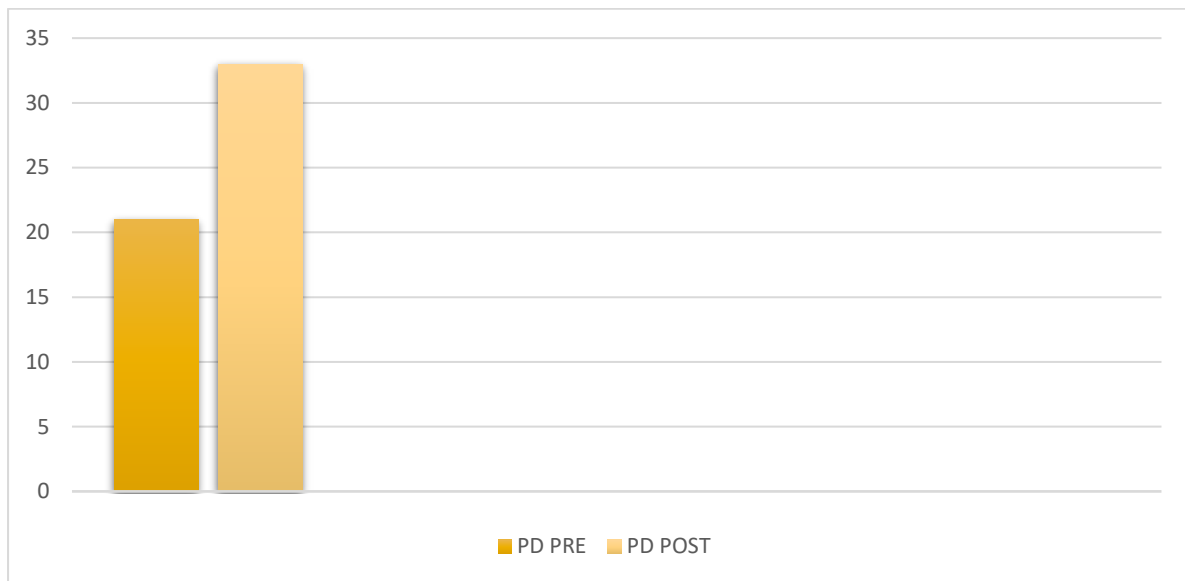
Capítulo tres

Resultados

Para analizar los resultados de la intervención terapéutica desarrollada durante diez sesiones, necesario realizar una evaluación postratamiento, para ello, se vuelven a administrar los instrumentos utilizados en la evaluación inicial que miden la autoestima, bienestar psicológico y calidad de vida. Por consiguiente, se detallarán tres figuras donde se representan las puntuaciones pre y post tratamiento, mediante dos métodos comparativos cuantitativo y cualitativo se analizarán los resultados obtenidos de los constructos psicológicos que se abordaron en el plan terapéutico evidenciando la eficacia del tratamiento con un enfoque integrativo, con el objetivo de mejorar el autoestima y bienestar psicológico de la paciente.

3.1. Análisis de resultados cuantitativos

En la figura 2, se puede apreciar que la puntuación inicial fue de 21 puntos lo cual se interpreta como autoestima baja; sin embargo, tras la aplicación del tratamiento, se obtuvo una puntuación de 33 puntos, reflejando una autoestima elevada. Por lo tanto, se evidencia una mejoría en su autoestima.

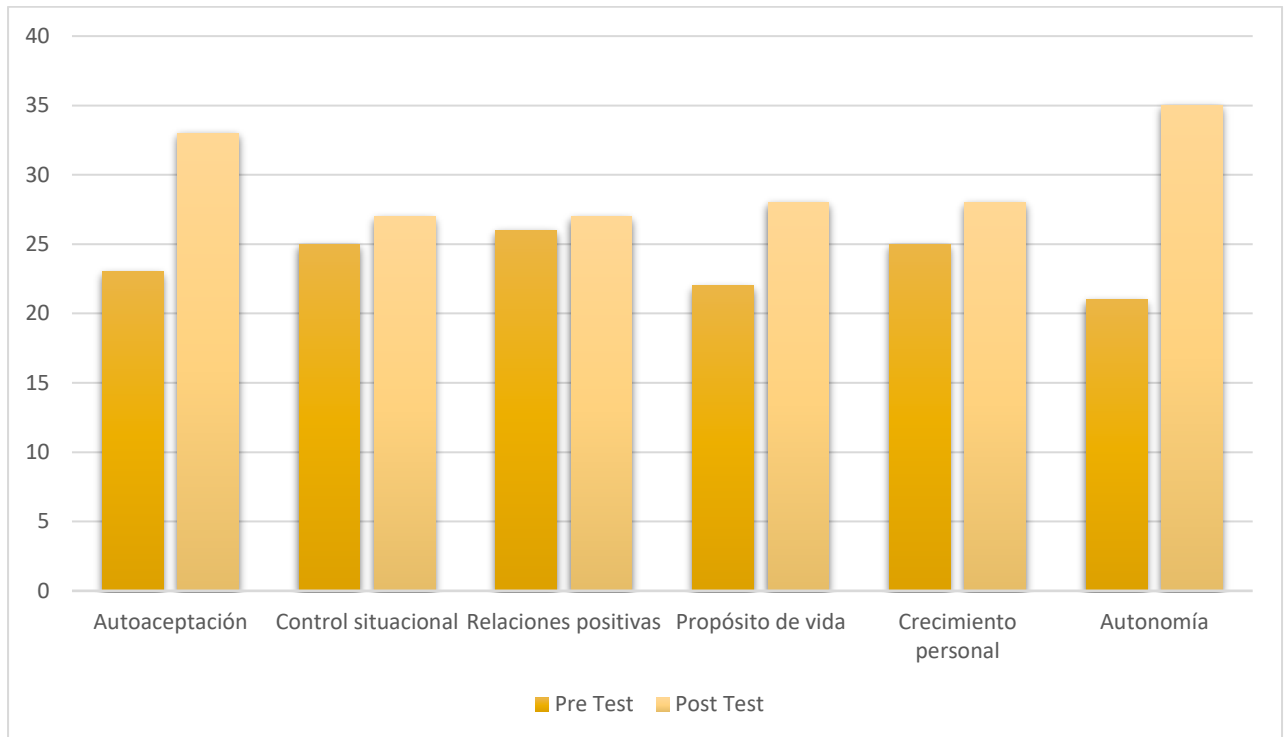
Figura 2*Resultados de Autoestima de Rosenberg*

Nota. Diagrama de barras de los resultados de la Escala de Autoestima de Rosenberg correspondiente al pre y postratamiento.

En la figura 3. Las puntuaciones obtenidas en la Escala de Bienestar Psicológico de RyFF inicialmente fueron de 139 puntos, reflejando que la paciente presenta un bienestar psicológico moderado; sin embargo, en la segunda aplicación del instrumento, se obtuvo una puntuación de 178, lo cual indica que la paciente presenta una mejoría en su bienestar psicológico.

Figura 3

Resultados de la Escala de Bienestar Psicológico de RyFF

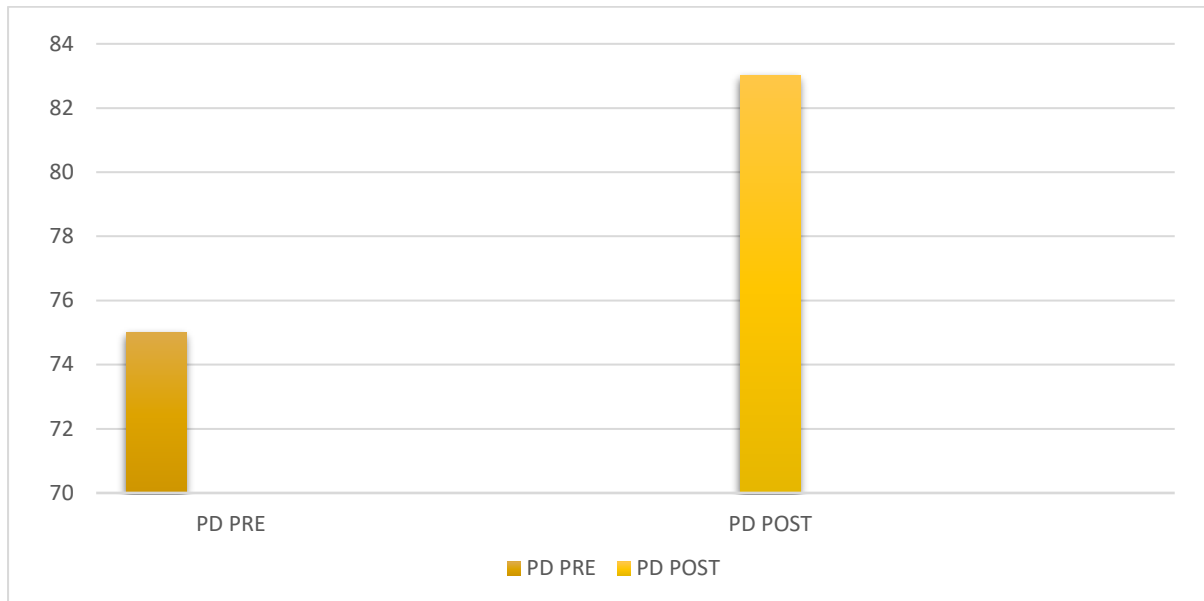


Nota. Diagrama de barras de los resultados de la Escala de Bienestar Psicológico de RyFF correspondiente al pre y postratamiento.

En la figura 4. Se puede apreciar que los puntajes obtenidos en la Escala de Vida (WHOQL-OLD24), al inicio fueron de 75 puntos señalando que la paciente presenta un nivel medio de calidad de vida; en la segunda aplicación correspondiente al post- test la puntuación obtenida fue de 83 puntos, reflejando que la paciente se mantenía con el mismo nivel de calidad de vida.

Figura 4

Resultados de la Escala de Vida (WHOQL-OLD24)



Nota. Diagrama de barras de los resultados de la Escala de Bienestar Psicológico de RyFF correspondiente al pre y postratamiento.

3.1. Análisis de resultados cualitativos

Como se puede apreciar en la tabla 7. Desde un punto de vista cualitativo, la intervención fue eficaz, debido a que se evidencia importantes cambios producidos tras el tratamiento. La paciente ha conseguido reconocer los pensamientos automáticos negativos, así mismo, es capaz de disminuir la intensidad y frecuencia de los pensamientos con autoevaluación negativa y utilizar técnicas de reestructuración cognitiva basadas en la autoaceptación. Dentro del entorno familiar, la paciente muestra gran predisposición para realizar actividades de ocio con su familia, incluyendo hábitos dentro de su rutina diaria.

Tabla 7*Síntomas presentes y ausentes en la observación clínica.*

Síntoma	Presente actualmente	Disminuyó	Ausente
• Tristeza		X	
• Culpa		X	
• Soledad			X
• Desesperanza			X
• Episodios depresivos		X	
• Preocupación			X
• Ansiedad		X	

Nota. Aspectos iniciales y evolución de conductas después del tratamiento.

Discusión

Una vez realizada la entrevista, la observación y la aplicación de baterías psicológicas se llevó a cabo la ejecución de tres objetivos terapéuticos, los cuales estuvieron enfocados en Incrementar la autoestima de la paciente mediante la intervención psicoterapéutica basada en diferentes técnicas integrativas, mejorar el bienestar psicológico de la paciente a través de la psicoterapia integrativa para su buena salud mental y fomentar una mejor calidad de vida en la paciente mediante estrategias y técnicas basadas en la terapia integrativa.

Los resultados que se obtuvieron al cumplirse estos objetivos fueron significativamente positivos ya que, la paciente mostró una gran mejoría en cuanto a su autoconcepto y autoaceptación, aumentando su nivel de autoestima, así mismo, el bienestar psicológico mejoró gracias a la buena disposición de la paciente y a las técnicas integrativas que se aplicaron; sin embargo, en cuanto a incrementar su calidad de vida, no se obtuvieron resultados elevados puesto que, la paciente ya presentaba un nivel medio en cuanto a su calidad de vida, por lo tanto al momento, esto se mantuvo.

En el presente estudio se expone la aplicación de la Terapia Integrativa en un caso de una adulta mayor con problemas de autoestima. A su vez, se pretende señalar la eficacia de este enfoque terapéutico aplicado a la sintomatología de la paciente, la misma que corresponde a una autopercepción negativa, culpabilidad, síntomas ansiosos, desconfianza, autoevaluación constante y sentimientos de soledad y tristeza. De acuerdo con los estudios de Villalobos (2019), la sintomatología presentada por la paciente se asocia a una baja autoestima. Esta condición se caracteriza por un conflicto interno que impide a la persona sentirse valiosa e importante. Quienes la padecen suelen buscar constantemente la aprobación y el reconocimiento de los demás, y experimentan dificultades para ser auténticas y expresarse con naturalidad. La Terapia Integrativa, aplicada en este caso, proporciona un enfoque integral para tratar la baja autoestima. Al combinar diversas técnicas y perspectivas, permitió que la paciente desarrolle una autoimagen más positiva trabajando en la creación de una autoestima saludable y realista, basada en el reconocimiento de las propias fortalezas y

debilidades, de igual modo, se vio un aumento en cuanto a la confianza en sí misma lo que le ayudó para enfrentar desafíos y superar dificultades con mayor seguridad.

Para llevar a cabo la evaluación diagnóstica se emplearon distintos métodos, como la entrevista clínica, observación clínica e instrumentos seleccionados en función de las distintas áreas de interés y en base a investigaciones previas. El estudio de Hansen y Sosa (2022) respalda como técnicas de recolección de datos el uso de la Escala de Autoestima de Rosenberg para determinar el nivel de este constructo, utilizar la Escala de Bienestar Psicológico de Riff, y la Escala de Vida WHOQOL – OLD de la Organización Mundial de la Salud.

Se debe resaltar que este caso clínico se ha llevado a cabo durante diez sesiones mediante una intervención integrativa que incorpora técnicas como: reestructuración cognitiva, técnicas de relajación y respiración, técnica del espejo para mejorar el autoconcepto y autoestima, parada del pensamiento y memoria autobiográfica; las que resultan eficaces para el tratamiento del problema. Según Ramos-Díaz et al., (2018) en un estudio dirigido a mejorar el autoconcepto de una adolescente, indica que mediante el tratamiento integrativo y con el uso de dichas técnicas se evidencia una evolución positiva en el nivel de autoconcepto en las dimensiones familiar, emocional y física, así como una reducción de los síntomas de sensibilidad interpersonal y depresión.

La integración de esta terapia resultó satisfactoria para este caso en particular. Se logró cumplir con los objetivos planteados de acuerdo con la demanda de la paciente, presentando cambios favorables. Los resultados post- tratamiento indican un incremento significativo en la variable autoestima y una mejora parcial en la variable de bienestar psicológico, de tal manera que esto se podría explicar al uso de la técnica de reestructuración cognitiva, pues la teoría propone que la misma resulta muy eficaz al trabajar con las creencias nucleares de la paciente y continuamente cuestionarlas, de esa forma empezar a modificar su autopercepción y desarrollar habilidades para manejar determinadas situaciones (Tamez, 2016).

Sin embargo, respecto a las limitaciones de este estudio, se considera el no poder utilizar el mismo proceso con otros casos que compartan un mismo diagnóstico, puesto que cada paciente presenta distinciones en variables personales, contextuales, psicológicas, etc. Otra limitante es que no se logró tener mayor acceso a los familiares más cercanos y complementar el tratamiento desde un enfoque familiar sistémico; también se debe considerar la falta de sesiones de seguimiento al transcurrir uno, tres y seis meses. A partir de lo mencionado, es oportuno darle mayor visibilidad a este constructo psicológico e incentivar a la comunidad de profesionales de salud mental a realizar futuros estudios en esta línea de investigación, pues la autoestima es parte esencial del desarrollo funcional de las personas. De igual forma se debe establecer un seguimiento posterior a la finalización del tratamiento para fortalecer el mantenimiento de los cambios obtenidos en la paciente.

Por lo tanto, los estudios de casos clínicos, especialmente en esta problemática tienen gran relevancia, aportando a la ciencia y a los profesionales de la salud mental con los lineamientos adecuados para un proceso diagnóstico, de intervención y de seguimiento en una población adulta con problemas de autoestima, a fin de lograr una atención activa e integral; además refleja la importancia de intervenir en este constructo, sobre todo en la etapa de la adultez.

Conclusiones

La evaluación en este caso se llevó a cabo mediante entrevistas clínicas, observación, y la aplicación de instrumentos psicométricos y escalas, que fueron adecuados para obtener la información necesaria y establecer un diagnóstico preciso, preservando la confidencialidad y bienestar de la paciente.

El plan terapéutico, basado en un enfoque integrativo, contribuyó a la mejoría y reducción de los síntomas que causaban malestar. Se observó una notable evolución en la paciente, quien informó tener mejores relaciones con sus principales redes de apoyo, sentirse más segura de sí misma y experimentar una disminución en la frecuencia e intensidad de los pensamientos negativos.

El enfoque integrativo se posiciona como una herramienta valiosa para el tratamiento de la baja autoestima en adultos. Su combinación de técnicas cognitivo-conductuales y de terapia centrada en soluciones permite abordar la sintomatología de manera integral, promoviendo cambios positivos en los patrones de pensamiento y comportamiento, y mejorando la calidad de vida de la paciente.

Recomendaciones

En base a las conclusiones planteadas se presentan las siguientes recomendaciones:

Es importante que se realicen sesiones de seguimiento periódico para monitorear el progreso de la paciente y ajustar el plan terapéutico según sea necesario o a su vez se recomienda implementar un plan de mantenimiento a largo plazo que incluya estrategias de autoayuda y recursos para prevenir recaídas.

Es recomendable proveer a la paciente con herramientas y técnicas adicionales que pueda utilizar de manera independiente para gestionar la autoestima y el bienestar emocional; así como también se puede ofrecer talleres o sesiones educativas sobre autoestima y salud mental para fortalecer el conocimiento y las habilidades de afrontamiento de la paciente.

Se considera apropiado utilizar manuales de clasificación y codificación como el CIE-10 y DSM-5, ya que son una guía fundamental al momento de establecer un diagnóstico, así como también es necesario que exista la colaboración de distintos profesionales de la salud en el centro geriátrico, para que conjuntamente trabajen en la identificación de problemas de salud mental y física en los adultos mayores que asisten al centro.

Referencias

- Álvarez, G. et al. (2023). Diagnóstico diferencial: ¿Qué es, como se hace, donde lo enseñan? *Revista Medicentro Electrónica*, 27(3).
- Álvarez Molina, I. M., Veliz Aguirre, L. M., Yela Chaucanes, Y. F., y Escobar Matute, K. S. (2019). Afrontamiento al estrés y autoestima de adultos mayores. *Revista UNIANDES*, 2(1), 30-40.
- Arce, M., Pérez, D., Mayea, S., Otero, I., Guerra, V., y Molerio, O. (2023). Validación de la Escala de Bienestar de Carol Ryff, en adultos mayores cubanos. *Medicent Electrón*, 27(2), 1-20.
- Capurro, D. y Rada, G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista Médica de Chile*, 135(4), 135-538.
- Carcavilla, N. (2021). *MoCA: Test de Evaluación Cognitiva Montreal*. Comunicación y Demencias.
- Caro, L., Karkoszka, N., y Botero, M. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos mayores. Un estudio preliminar de investigación y práctica profesional en psicoinvestigación. XV Encuentro de Investigadores MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Te Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología Buenos Aires, Buenos aires.
- Duro Martín, A. (2021). Autoestima-: Actualización y Mantenimiento. Un modelo Teórico con Aplicaciones en Terapia. *Clínica Contemporánea*, 12(3). Artículo e23, 1-20.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Hernández, J., Guadamarra, R., Castillo, S., Arzate, G., y Márquez, O. (2015). Validación del WHOQOL-OLD en adultos mayores de México. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencias Psicológicas*, 7, 397-405.
- García, L. (2020). Autoestima en las personas mayores. *Revista Cuidum*.

- García, H., y Lara-Machado, J. (2022). Calidad de vida y autoestima en adultos mayores de una asociación de jubilados ecuatoriana. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades Chakiñan*, 17.
- García, D., Morales, C., y Chanchay, A. (2023). Bienestar psicológico en adultos mayores de 60 a 90 años en un centro público en la ciudad de Quito en el año 2023. *Dominio de las Ciencias*, 9(3), 1573-1590. <https://doi.org/10.23857/dc.v9i3.3514>
- Gancino Chugchilan, J. E., y Eugenio Zumbana, L. C. (2022). Autoestima y soledad en adultos mayores. *Revista Multidisciplinaria Ciencia Latina*, 6(6), 10069-10085.
- Guillen-Moya, M. J., Jiménez-Alcocer, K. A., Ramírez-Elizondo, N., y Ceballos-Vásquez, P. (2021). Autoestima global y calidad de vida relacionada con salud percibida por adultos mayores. *Revista Index Enferm*, 30(1-2), 9-13.
- Morales-Caseres, W., Horta Martínez, L. H., Sorá-Rodríguez, M., y Izquierdo-Medina, R. (2024). Evaluación de la autoestima en una población de adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 53 (1).
- Muñoz Argumero, S. G. (2021). El papel de la autoestima en el logro académico universitario. Una revisión sistemática. *RIULL – Repositorio Institucional*.
- Napurí, A., y Moyano E. (2021). Validación del módulo WHOQOL-OLD en personas atendidas en organizaciones para el adulto mayor. *Pesquimat*, 24(1), 9-22. <https://doi.org/10.15381/pesquimat.v24i1.19478>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Salud mental de los adultos mayores. Organización Mundial de la Salud.
- Paz Guerra, S., y Peña Herrera, B. (2021). Fundamentos de la evaluación psicológica. *Universidad Técnica Salesiana*.
- Rodríguez, T., Pérez, M., Martínez, P., Borges, S., & Martínez, H. (2018). Principales consecuencias del alcoholismo en la salud. *Universidad Médica Pinareña*, 14(2), 158-167.
- Scala Psicología. (2023). La baja autoestima: Causas, Síntomas y Soluciones.

- Trejo García, C., Maldonado Muñoz, G., Mendoza Mendoza, L. P., Martínez Pérez, A. M., y Rodríguez Domínguez. Nivel de autoestima en los adultos mayores de dos grupos de un municipio de Hidalgo, México. *XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan*, 7(14). <https://doi.org/10.29057/xikua.v7i14.4311>
- Villavicencio-Ramírez, I. J., y Rivero-Álvarez, R. P. (2011). Escuela Académico Profesional de Gerontología.
- World Health Organization – WHO. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Ed. Médica Panamericana.