



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

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

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Trastorno depresivo recurrente y ansiedad en adulta mayor  
institucionalizada**

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

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Autor:** Barrera Roblez, Angelo Michael

**Director:** Cabrera León, Lizbeth Katherine

LOJA

2022



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-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>*

2022

## Aprobación del director del trabajo de integración curricular

Loja, 13 de septiembre de 2022

Doctora

Marina del Rocío Ramírez Zhindón

Loja

De mi consideración. -

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Trastorno depresivo recurrente y ansiedad en adulta mayor institucionalizada realizado por Angelo Michael Barrera Roblez ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Magister Cabrera León, Lizbeth Katherine

C.I.: 1105146698

Correo electrónico: lkcabrera@utpl.edu.ec

### **Declaración de autoría y cesión de derechos**

Yo, Angelo Michael Barrera Roblez, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor del Trabajo de Integración Curricular denominado: Trastorno depresivo recurrente y ansiedad en una adulta mayor institucionalizada, de la carrera de psicología clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: capítulo uno marco teórico y la presentación detallada del caso donde encontraremos el motivo de consulta, el proceso diagnóstico entre otros. Capítulo dos hallaremos la metodología, el plan de tratamiento, los objetivos terapéuticos y el plan de tratamiento y para finalizar el capítulo tres resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones siendo Magister Lizbeth Katherine Cabrera León, directora 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 con 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: Angelo Michael Barrera Roblez

C.I.: 1104215635

Correo electrónico: ambarrera3 @utpl.edu.ec

### **Dedicatoria**

El esfuerzo realizado durante los últimos meses en la realización de mi tesis de grado y durante toda mi carrera dedico:

A mis padres Juan Carlos Barrera Sanmartín y Susana Del Carmen Roblez Jumbo, quienes me enseñaron a luchar por alcanzar mis metas, dándome todo su amor, apoyo y alentaron a seguir avanzando. A mi hermano Juan Carlos Barrera Roblez, quien, sin saberlo, me ayudó en tiempos difíciles y confió siempre en mí.

## **Agradecimiento**

Este informe es la culminación de mi esfuerzo estudiantil y el próximo inicio de un desafío profesional, por lo que agradezco infinitamente:

A Dios por darme la fuerza suficiente para seguir adelante cuando me he encontrado solo en momentos difíciles.

A mis padres, quien con su ejemplo, paciencia y perseverancia han formado en mí un profesional de principios y valores, de lo cual espero se sientan orgullosos.

A la Universidad Técnica Particular De Loja y a todos mis maestros quienes me están formando como un profesional altamente calificado y competitivo.

A mi directoria la Mgs. Lizbeth Cabrera por la valiosa dirección y aporte de conocimientos en el desarrollo de esta tesis.

A ello, gracias....

## Índice de contenido

<i>Caratula</i> .....	<i>I</i>
<i>Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular</i> .....	<i>II</i>
<i>Declaración de autoría y cesión de derechos</i> .....	<i>III</i>
<i>Dedicatoria</i> .....	<i>V</i>
<i>Agradecimiento</i> .....	<i>VI</i>
<i>Índice de contenido</i> .....	<i>VII</i>
<i>Resumen</i> .....	<i>1</i>
<i>Abstract</i> .....	<i>2</i>
<i>Introducción</i> .....	<i>3</i>
<i>Capítulo uno</i> .....	<i>6</i>
<i>Marco teórico</i> .....	<i>6</i>
<i>Presentación del caso</i> .....	<i>6</i>
1.1.1 <i>Identificación del paciente</i> .....	<i>6</i>
1.1.2 <i>Motivo de consulta</i> .....	<i>6</i>
1.1.3 <i>Historia del problema y descripción de la sintomatología</i> .....	<i>6</i>
1.2 <i>Proceso de evaluación</i> .....	<i>7</i>
1.3 <i>Proceso diagnóstico</i> .....	<i>9</i>
1.3.1 <i>Diagnóstico presuntivo</i> .....	<i>9</i>
1.3.2 <i>Diagnóstico diferencial</i> .....	<i>9</i>
<i>Tabla 1</i> .....	<i>10</i>
<i>Criterios diagnósticos</i> .....	<i>10</i>
1.3.3 <i>Diagnóstico final</i> .....	<i>13</i>
<i>Capítulo dos</i> .....	<i>15</i>
<i>Metodología</i> .....	<i>15</i>
2.1 <i>Tratamiento/Intervención</i> .....	<i>15</i>

2.1.1	Objetivos terapéuticos .....	15
2.1.2	Plan de tratamiento/intervención .....	15
	<i>Tabla 2</i> .....	15
	<i>Plan de tratamiento</i> .....	15
	<i>Capítulo tres</i> .....	21
	<i>Resultados</i> .....	21
	<i>Tabla 3</i> .....	21
	<i>Resultado del pretest y post test</i> .....	21
	<i>Tabla 4</i> .....	21
	<i>Resultado del pretest y post test</i> .....	21
	<i>Tabla 5</i> .....	21
	<i>Conductas observadas y disminución de la sintomatología</i> .....	21
	<i>Discusión</i> .....	23
	<i>Conclusiones</i> .....	25
	<i>Recomendaciones</i> .....	26
	<i>Referencias</i> .....	27

#### Índice de tablas

Tabla 1	Criterios Diagnósticos .....	10
Tabla 2	Plan de Tratamiento .....	15
Tabla 3	Resultados del pretest y postest .....	21
Tabla 4	Resultados del pretest y postest .....	21
Tabla 5	Conductas observadas y disminución de la sintomatología.....	21

## Resumen

En el siguiente trabajo de integración curricular se presenta el caso clínico de una adulta mayor con síntomas depresivos y ansiosos, los cuales están presentes desde muy temprana edad. Se abordó de manera general los antecedentes de la paciente, su principal sintomatología y desde cuándo estos síntomas han estado evolucionando. En los apartados diagnósticos podremos observar un F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente y un F41.9 Trastorno de ansiedad, no especificado.

Realizando un total de nueve sesiones terapéuticas con técnicas cognitivo conductuales. Al finalizar se muestran los resultados obtenidos a través de los test realizados a N.N constatando la estabilidad emocional presentada por parte de la paciente la cual no hubo cambios significativos desde que inició la terapia psicológica hasta su finalización.

*Palabras clave:* Depresión, adulto mayor, ansiedad.

### **Abstract**

The following curricular integration work presents the clinical case of an elderly woman with depressive and anxious symptoms, which have been present from a very early age. The background of the patient, her main symptomatology and since when these symptoms have been evolving were addressed in a general way. In the diagnostic sections we can observe an F33.1 Recurrent depressive disorder, moderate episode presents and an F41.9 Anxiety disorder, unspecified.

Performing a total of nine therapeutic sessions with cognitive-behavioral techniques. At the end, the results obtained through the tests performed on N.N. are shown, confirming the emotional stability presented by the patient, with no significant changes since she began psychological therapy until its completion.

*Key words:* Depression, elderly, anxiety.

## Introducción

En el siguiente trabajo se hará énfasis en dos problemáticas de la vida diaria que cada vez afectan a la población de adultos mayores, como son: la depresión y la ansiedad. Para poder entender de mejor manera el tema principal del caso de estudio tenemos que definir qué es un adulto mayor, Abaunza et al. (2014) afirma lo siguiente:

Se estipula que los adultos mayores son aquellas personas que, debido al proceso de los años, se hallan en una etapa de cambios a nivel físico y psicológico, y dentro de la comunidad se les debe dar condiciones y garantías para la efectividad de los derechos económicos y sociales, ya que requieren de cuidados especiales durante el proceso de envejecimiento (p.62)

Vaca et al. (2017) plantea que a lo largo del tiempo el adulto mayor presenta una disminución de manera progresiva en el tamaño muscular a lo que se le conoce como “teoría del desgaste” la cual es consecuencia a su falta de actividad física esto afecta la estructura corporal, la pérdida de elasticidad e hidratación en la piel. Otro cambio importante al envejecer son los cambios de percepción por ejemplo la sordera o problemas de visión.

Teniendo en cuenta los problemas físicos que presentan los adultos mayores también tenemos que recalcar los inconvenientes psicológicos y emocionales los cuales están presentes en los mismos, como pueden ser ansiedad y depresión, que son los temas principales de este caso de estudio.

Acosta y García (2007) mencionan que “La depresión también se relaciona con las enfermedades crónicas incapacitantes y algunas lesiones, que son más frecuentes en los adultos mayores, pues este grupo utiliza cuatro veces más los servicios de salud que el resto de la población” (p.292).

Los adultos mayores son más propensos a tener este tipo de enfermedades psicológicas debido a que son muy vulnerables a sentirse desplazados por parte de sus

familiares, incluyendo una disminución de energías necesarias para realizar actividades, a presentar sentimientos de inutilidad o sentirse atrapados en un lugar.

Teniendo en cuenta que la depresión es uno de los temas principales en este caso de estudio tenemos que conceptualizarla y San Molina, L. (2010) la define como “la exageración persistente de los sentimientos habituales de tristeza” (p.1) pero también está acompañada de síntomas psíquicos como pueden ser un estado de ánimo bajo y alteraciones de concentración entre otros.

Según Quiroz y Flores (2007) “estar deprimido puede entenderse en tres niveles diferentes, y cada uno de ellos incorpora una aproximación distinta sobre su evaluación” (p.292). El primer nivel el cual ellos lo llaman nivel sintomatológico es aquel donde la depresión hace referencia a un nivel emocional decaído o triste, el segundo nivel llamado sindromático implica varios estados de ánimo acompañado de una serie de síntomas los cuales pueden ser problemas en el sueño, cambio en el apetito o la pérdida de hacer cosas cotidianas de la vida, el tercer nivel y último denominado nivel nostálgico, los síntomas no son exclusivo de otro trastorno o condición. (Quiroz y Flores, 2007, p 292.)

Otra alteración emocional que se abordará es la ansiedad donde Bertoglia (2008) sugiere que “la ansiedad involucra un temor a algo, y ese algo puede variar desde un objeto cualquiera que nos provoca una reacción fóbica, hasta situaciones sociales de la más diversa índole que nos producen temor” (p. 14), los principales síntomas son un estado de agitación, respiración acelerada, temblores o sudoración. Además, Gonzales et al. (2018) menciona “la ansiedad es una respuesta adaptativa que alude a un estado de agitación e inquietud desagradable, caracterizado por la anticipación de un peligro real, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos” (p.100). La ansiedad no es solo un mecanismo que puede generar temor o fobia si no también es un componente que ayuda a actuar de manera rápida en situaciones de peligro (Gonzales et al., 2018).

La importancia de este estudio donde se aborda indoles de suma importancia para el adulto mayor como son la ansiedad y depresión se debe a la poca información e importancia que los investigadores le dan a este grupo vulnerable de la sociedad.

Aunque existe indagaciones acerca de los trastornos antes mencionados se muestra una escasez de datos de estas patologías en dicha población teniendo en cuenta que los más propensos a tener o padecer estas sintomatologías son los adultos mayores.

Ante lo mencionado, se evidencia la importancia del presente estudio de caso para la Universidad Técnica Particular de Loja debido a que los postulantes a psicólogos clínicos posteriores a esta generación van a tener una referencia y guía para futuros trabajos con población adulta mayor teniendo en cuenta la dificultad de obtener resultados óptimos.

El siguiente caso clínico está dividido en tres capítulos: en el capítulo uno consta presentación del caso, motivo de consulta, sintomatología y los diagnósticos encontrados en este caso. Es importante mencionar que el proceso diagnóstico utilizado para tratar los síntomas de la paciente comenzó con la identificación del problema mediante la entrevista psicológica, observación clínica y los test realizados.

En el capítulo dos se encuentra el tratamiento enfocado principalmente en técnicas cognitivo - conductuales y el total de sesiones aplicadas. Para finalizar, en el último capítulo se puede evidenciar los resultados del caso, las conclusiones y recomendaciones finales del caso.

## **Capítulo uno**

### **Marco teórico**

#### **Presentación del caso**

La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

##### **1.1.1 Identificación del paciente**

En el siguiente informe se presenta el caso clínico N.N de sexo femenino con una edad de 90 años, nacida en la ciudad de Loja, estado civil viuda, contrajo matrimonio a la edad de 19 años con un hombre mayor a ella, por lo cual residió en la ciudad de Portovelo durante 16 años, actualmente vive en la ciudad de Loja. N.N proviene de una familia nuclear donde no contaban con una economía estable, ya que su padre era zapatero y su madre ama de casa. Refiere que desde joven era una mujer muy tímida y reservada debido al control que su madre ejercía en ella, sin embargo, le gustaba hacer deporte tales como el baloncesto.

##### **1.1.2 Motivo de consulta**

Paciente es atendida por el departamento de psicológica manifestando: “me siento triste, con ganas de llorar siempre, ya no tengo ganas de hacer mis cositas, además siento una angustia en mi pecho”. Paciente al momento de la consulta se encuentra ubicada en espacio, tiempo y persona, es colaborativa y expresa un adecuado lenguaje con capacidad preservada para mantener una conversación.

##### **1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología**

Aparentemente a los 25 años presentó cuadros depresivos derivados del maltrato físico y psicológico recibido durante su matrimonio. Esta sintomatología depresiva presentada por parte de la paciente reapareció cuando tenía 35 años aproximadamente presentando llanto fácil, abulia e irritabilidad, la misma que alude al

maltrato psicológico del esposo, además se exacerbó por la muerte de su madre en el año 1951.

No obstante, aproximadamente a los 50 años, existieron acontecimientos familiares que generaron en la paciente sintomatología caracterizada por sentimientos de culpa que presenta hacia su hijo debido a malas decisiones tomadas por la paciente en el ámbito económico. Años después, cuando la paciente tenía 65 años tuvo que ser hospitalizada debido a una fractura de pierna y al poco tiempo después de la fractura sus familiares la tuvieron que internar en un centro geriátrico para poder cuidarla donde presentó síntomas de depresión y ansiedad que han ido empeorando a causa de su estado físico y falta de movilidad.

Con todo esto la paciente refiere hace aproximadamente 5 años sentir tristeza, bajo ánimo para realizar las actividades cotidianas y ganas de llorar constantes. Esta sintomatología presente en la paciente es debido a sentimientos de culpa, miedo a expresarse libremente y su falta de movilidad en el centro donde reside. Menciona que ha habido personas malas en su vida que le han hecho daño psicológicamente sin tener una razón aparente. Presenta dolor en las articulaciones tanto superiores e inferiores, además de cuadros nerviosos debido al encierro y poca interacción que tiene con el mundo exterior.

En el último mes la paciente ha presentado pérdida del apetito, cansancio constante, somnolencia y un estado de ánimo bajo, además de escasas ganas de hablar y se encontraba poco colaborativa con las sesiones.

## **1.2 Proceso de evaluación**

Se realizaron un total de 8 sesiones de terapia, también se ejecutaron cuatro sesiones de recolección de información para la historia clínica, además se realizó una sesión más de seguimiento para poder confirmar si la paciente mejoró sus síntomas.

Descripción de los métodos de exploración psicológica clínica (observación, entrevista, instrumentos)

**Observación clínica:** Permitió esclarecer el diagnóstico terapéutico mediante el comportamiento de la paciente y el lenguaje no verbal, además la observación clínica determinó el pronóstico de la paciente a lo largo de las sesiones.

**Entrevista clínica:** Se realizó una entrevista semi estructurada, con la finalidad de recabar información para la historia clínica e identificar sintomatología relevante. Además, esto permitió evaluar las funciones mentales tales como la atención, memoria lenguaje, pensamiento y razonamiento en las cuales no se evidenció deterioro alguno.

**Instrumentos:** Se aplicó dos tipos de instrumentos para confirmar la información recibida por la paciente y la hipótesis diagnóstica, los instrumentos fueron:

#### **Escala geriátrica de depresión de Yesavage**

Según Molina y Villanea (2014) la Escala geriátrica de depresión de Yesavage es “un instrumento de auto reporte compuesto por 30 reactivos que miden la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas” (p.1). Fue creado por Brink, Yesavage, Lun, Heer Sena, Adey y Rose. La validez de la prueba es de 0.81 y su confiabilidad de 0.86.

#### **Inventario de ansiedad de Beck**

Para poder determinar la ansiedad se utilizó este inventario. Sanz y Navarro (2003) menciona que “El BAI demostró un alto nivel de consistencia interna ( $\alpha = 0,88$ ), y los análisis factoriales revelaron una dimensión de ansiedad general compuesta por dos factores altamente interrelacionados, correspondientes a síntomas somáticos y afectivo-cognitivos”, fue creado por Beck at, Brown g, Epstein y Steerra en 1988. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62.

#### **Resultados del pretratamiento**

Escala geriátrica de depresión de Yesavage con un puntaje de 11 sobre 15, lo cual manifiesta un resultado de una depresión establecida.

Inventario de ansiedad de Beck. Con un puntaje de 36 sobre 63 lo cual arroja un resultado de una ansiedad severa.

### **1.3 Proceso diagnóstico**

Según Capurro y Rada (2007) “El diagnóstico es un proceso inferencial, realizado a partir de un «cuadro clínico», destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente.” (p.1).

#### **1.3.1 Diagnóstico presuntivo**

Podemos afirmar que el diagnóstico presuntivo se basa a partir de análisis del estado mental, el cual se recoge mediante la historia clínica y la entrevista, sin embargo, esto no es suficiente y se requerirá reactivos psicológicos para su confirmación (Salinas y Falcón, 2020).

F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicótico

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.

#### **1.3.2 Diagnóstico diferencial**

Según la organización Medline Plus (2020) el “diagnóstico diferencial toma en cuenta las enfermedades que podrían estar causando sus síntomas. A menudo requiere hacer varias pruebas. Estas permiten descartar ciertas causas y determinar si se necesitan más exámenes.” (p.1)

Por lo cual, se realizó un análisis de los diferentes trastornos, diagnósticos y patologías que se pudieran confundir para determinar un acertado diagnóstico.

**Tabla 1**  
*Criterios diagnósticos*

Diagnostico	Criterios	Criterios que no cumple el paciente
<b>F41.2</b> <b>Trastorno mixto ansioso-depresivo</b>	Esta categoría debe utilizarse cuando se presenten ambos tipos de síntomas, ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomine claramente. Además, ningún tipo de síntomas está presente hasta el extremo que justifique un diagnóstico por separado. Cuando los síntomas depresivos y ansiosos sean lo suficientemente severos como para justificar un diagnóstico individual de cada tipo, deben registrarse ambos diagnósticos y no utilizar esta categoría.	El siguiente trastorno no se cumple por completo debido a que la paciente si cumple con los criterios diagnósticos elementales para un diagnóstico completo de depresión y ansiedad.
<b>F32.2</b> <b>Episodio depresivo grave sin síntomas psicótico</b>	A. Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo (F32). B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0. C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, hasta un total de al menos ocho. D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.	Este diagnóstico no se cumple debido a que no se cumplen con todos los criterios diagnósticos necesarios para poder refutar este análisis diferencial.
<b>F34.1</b> <b>Distimia.</b>	A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la	Aunque la paciente cumple varios criterios de este diagnóstico se descarta debido al tiempo de duración, sus lapsos donde se

observación por parte de otras personas, encuentra bien y sus  
durante un mínimo de dos años. recaídas, tales que no se

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o mencionan en este  
más) de los síntomas siguientes: 1. Poco diagnóstico.

apetito o sobrealimentación. 2. Insomnio o  
hipersomnia. 3. Poca energía o fatiga. 4.  
Baja autoestima. 5. Falta de concentración o  
dificultad para tomar decisiones. 6.  
Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año  
en niños y adolescentes) de la alteración, el  
individuo nunca ha estado sin los síntomas  
de los Criterios A y B durante más de dos  
meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de  
depresión mayor pueden estar  
continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o  
un episodio hipomaníaco, y nunca se han  
cumplido los criterios para el trastorno  
ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un  
trastorno esquizoafectivo persistente,  
esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro  
trastorno especificado o no especificado del  
espectro de la esquizofrenia y otro trastorno  
psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los  
efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej.,  
una droga, un medicamento) o a otra  
afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar  
clínicamente significativo o deterioro en lo  
social, laboral u otras áreas importantes del  
funcionamiento.

<b>F41.1</b> <b>Trastorno de</b> <b>ansiedad</b> <b>generalizada</b>	A. Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los	Los cuadros ansiosos presentados por la paciente no se deben a situaciones internas presentadas por
---	--	--

---

acontecimientos y problemas de la vida diaria. parte de ella sino más bien a los estímulos de su alrededor

B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas listados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4: Síntomas autonómicos: 1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado. 2. Sudoración. 3. Temblor o sacudidas. 4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación). Síntomas relacionados con el pecho y abdomen: 5. Dificultad para respirar. 6. Sensación de ahogo. 7. Dolor o malestar en el pecho. 8. Náuseas o malestar abdominal (p. ej., estómago revuelto). Síntomas relacionados con el estado mental: 9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento. 10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o "no realmente aquí" (despersonalización). 11. Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia. 12. Miedo a morir. Síntomas generales: 13. Sofocos de calor o escalofríos. 14. Aturdimiento o sensaciones de hormigueo. 15. Tensión, dolores o molestias musculares. 16. Inquietud e incapacidad para relajarse. 17. Sentimiento de estar "al límite" o bajo presión, o de tensión mental. 18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar. Otros síntomas no específicos: 19. Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos. 20. Dificultad para concentrarse o de "mente en blanco", a causa de la preocupación o de la ansiedad. 21. Irritabilidad persistente. 22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

que hacen que sienta cuadros ansiosos, por esta razón este diagnóstico se descarta.

---

C. El trastorno no cumple criterios de trastorno de pánico (F41.0), trastorno de ansiedad fóbica (F40.-), trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-) o trastorno hipocondríaco (F45.2).

D. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico, como hipertiroidismo, a un trastorno mental orgánico (F00-F09) o trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19), tales como un exceso de consumo de derivados anfetamínicos o abstinencia a benzodiazepinas.

---

*Nota:* Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992. 48.

---

### **1.3.3 Diagnóstico final**

A través de la observación clínica, la entrevista y el descarte de los diagnósticos presuntivos y diferenciales se ha podido llegar a un diagnóstico definitivo para la sintomatología de la paciente. Por lo tanto, podemos decir que el diagnóstico final es autolimitado y que en varias ocasiones tenemos que utilizar el tiempo como un recurso de análisis, y tomando en cuenta que a diferencia de los otros diagnósticos en este ya se descartó otros trastornos y sintomatologías que afecten al usuario en caso de que este se tarde en averiguar (Novás et al., 2006).

#### *F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente*

Los síntomas detectados por parte del terapeuta y a través de los test, la observación y la entrevista clínicas dan como resultado una serie de señales que apuntan a este diagnóstico. Además, tenemos un diagnóstico previo con este mismo trastorno.

#### *F41.9 Trastorno de ansiedad, no especificado*

Este tipo de ansiedad no cumple con todos los criterios que debería tener los trastornos de ansiedad, se escogió este diagnóstico debido a los síntomas de ansiedad presentados por la paciente los cuales no cumplen con los criterios necesarios para catalogarlo en otro tipo de trastorno ansioso.

## Capítulo dos

### Metodología

#### 2.1 Tratamiento/Intervención

##### 2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

###### Objetivo general

Reducir los síntomas depresivos y ansiosos mediante terapia cognitivo conductual.

###### Objetivo específico

Identificar las características existentes en su estado de ánimo actual con el fin de disminuirlas progresivamente

##### 2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

**Tabla 2**

*Plan de tratamiento*

SESIÓN	OBJETIVO	TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1	Psicoeducar sobre los síntomas depresivos y sus consecuencias psicológicas.	-Psicoeducación sobre lo que es depresión y cuáles son sus síntomas más claros. -Hablar con la paciente de su estado de ánimo.	Presenta un estado de ánimo bajo a lo largo de la sesión debido a su sintomatología depresiva
2	Psicoeducar sobre los principales síntomas de la ansiedad.	-Terapia física -Psicoeducación sobre los síntomas de ansiedad y sus consecuencias en el ser humano. -Técnicas de estimulación cognitiva	Presenta un estado de ánimo acorde con su sintomatología.
3	Identificar la sintomatología depresiva para poder trabajar en ella.	-Enfatiza el papel del reforzamiento negativo en	-Planificación del horario y realizar las actividades propuesta por el

		<p>el mantenimiento de los estados depresivos</p> <p>-Identificar las manifestaciones depresivas cognitivas, como la rumia.</p> <p>-Identificar un conjunto más amplio de estrategias y no únicamente de la incorporación progresiva de tareas</p>	<p>psicólogo en conjunto con la paciente</p> <p>-Paciente presenta un estado de ánimo normal, colaborativo y no presenta signos de una recaída.</p>
4	Racionalizar pensamientos erróneos a través de la terapia cognitiva de Ellis.	-Se aplicó la terapia racional emotiva modelo ABC.	- Se solicitó a la paciente que continúe realizando el registro de pensamiento.
5	Realizar actividades para disminuir la sintomatología depresiva	-Debate. -Respuestas racionales.	- Se solicitó a la paciente que continúe realizando el registro de pensamiento, y realizar las actividades propuestas por el psicólogo en conjunto con la paciente
6	Permitir que la paciente identifique características existentes en su estado de ánimo actual y disminuir dicha sintomatología depresiva	Psicoeducación: Triada cognitiva Distorsiones cognitivas Adherencia al tratamiento	-Se solicitará a la paciente que continúe realizando el registro de pensamiento
		Terapia Cognitiva de Beck	
		Registro de pensamientos automáticos	
		Técnica de respiración.	

7	Realizar actividades para disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa	- Flecha descendente. -Respiración diafragmática	
8	Realizar actividades para disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa	-Exposición mediante el ejemplo sobre situaciones dolorosas de la vida de la paciente y cómo actuar frente a ellas. - Sesión de finalización de la terapia -Sesión de despedida	-Realizar las actividades propuesta por el psicólogo en conjunto con la paciente. -Revisar los avances hechos por el paciente.
9	Sesión de seguimiento	-Se aplicará un test para medir la depresión llamado "ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁRICA DE YESAVAGE" -Aplicación del test denominado "inventario de ansiedad de Beck"	Ninguno.

### Sesión 1

En la primera sesión se realizó una psicoeducación sobre los principales síntomas de la depresión y como estos repercuten en la vida cotidiana de la paciente. La paciente dio a conocer sus dudas, realizó una retrospectiva de sus síntomas y se respondió a todas las inquietudes sobre la sintomatología. Para culminar con la sesión, se le permitió a la paciente expresar los sentimientos y pensamientos que ha tenido a lo largo de la semana, además de comunicar posibles dudas acerca de las sesiones terapéuticas.

### Sesión 2

Se realizó una psicoeducación sobre las principales características que presenta una persona ansiosa y como esta sintomatología repercute en la vida cotidiana de la

paciente. Posterior a la psicoeducación se brindó un espacio de interacción donde la paciente dio a conocer sus dudas sobre este trastorno y se, realizó una retrospectiva de sus síntomas y se respondió a todas las dudas sobre la sintomatología. Por último, se trabajó con estimulación cognitiva mediante imágenes de figuras escondidas, sumas y restas.

### **Sesión 3**

En dicha sesión se trabajó en destacar el papel del reforzamiento negativo en el mantenimiento de los estados depresivos y como estos influyen en el pensamiento de la paciente a lo largo del día, además se indagó en identificar manifestaciones depresivas cognitivas tales como la rumia la cual se llevó a cabo mediante la charla durante la sesión y la observación clínica. Para finalizar junto a la paciente elaboró un accionar de tareas de intercesión para cuando no esté presente el terapeuta.

### **Sesión 4**

En esta sesión se trabajó el modelo A-B-C de Ellis para poder tratar los síntomas de la depresión donde:

**A: Hecho activador:** en este punto de la terapia de Ellis se le explicó a la paciente que hay fenómenos internos o externos que le ocurren a una persona y hace que se activen una serie de pensamientos y conductas problemáticas que afectan a la vida cotidiana.

**B: Creencias irracionales:** se identificó cuáles son los pensamientos automáticos de la paciente los cuales causan preocupación y temor constante. Además, se pudo identificar cuáles son las emociones negativas asociadas a la depresión y trabajar frente a ellas.

**C: Consecuencias emocionales:** este fue un espacio destinado para demostrar cuales fueron las consecuencias ya sean emocionales o conductuales presentadas por parte de la paciente a raíz de los síntomas depresivos y ansiosos, se trabajó en señalar en que afectó estos síntomas en la vida de la paciente.

### **Sesión 5**

En esta sesión se trabajó el modelo D-E de Ellis para poder tratar los síntomas de la depresión donde:

**D:** Debate: en este punto de la sesión se realizó una confrontación de los sentimientos más arraigados dentro de la paciente dando así a comprender si son o no útiles estos pensamientos rumiantes depresivos o culposos.

**E:** Respuestas racionales: para el último punto de esta terapia se trató de reinsertar pensamientos positivos dentro de la paciente tratando de suplantar los pensamientos negativos.

### **Sesión 6**

Durante esa sesión se realizó en una psicoeducación sobre la triada cognitiva, distorsiones cognitivas y adherencia al tratamiento, con el fin de que la paciente pueda comprender la importancia del tratamiento psicológico, y se la llevó a cabo junto al terapeuta en la sesión. Luego se socializó con la paciente un registro de pensamientos en el cual tiene que apuntar todos los días en una hora determinada que es lo que está sintiendo y que piensa de esa situación. Por medio de esta técnica la paciente podrá identificar diferentes distorsiones cognitivas presentes y posteriormente someterlas a una prueba de realidad.

Para disminuir los síntomas ansiosos se aplicó “la técnica de respiración cuadrática” dándole cada una de las indicaciones para que la pueda realizar de manera correcta, además de explicar la importancia de dicha técnica en el proceso evolutivo de su ansiedad.

### **Sesión 7**

En esta sesión se trabajó mediante la flecha descendente la cual se caracteriza por una investigación en sus significados como en asociar los pensamientos automáticos (Barrera, 2010), de tal modo que pueda ser consciente dichas creencias y

ocuparse de ellas en el caso de que resulten desadaptativas. Esta técnica fue utilizada para someter los pensamientos automáticos a una prueba de realidad.

Para poder trabajar con los síntomas de ansiedad se utilizó la respiración diafragmática esto con el fin de que en su momento de mayor crisis pueda estabilizarse cuando el terapeuta no se encuentre acompañándola.

### **Sesión 8**

Para esta última sesión se trabajó con la paciente en varias situaciones que ha pasado en su vida diaria donde el psicólogo dio una retroalimentación basada en el ejemplo de cómo debe actuar correctamente en las mismas. Luego de dicha actividad se realizó la despedida de la terapia dando el alta a la paciente y haciendo un recordatorio de todo lo realizado en las sesiones anteriores y sobre todo lo que aprendió la paciente de sus síntomas y como llevarlos a cabo de manera correcta.

### **Sesión 9**

En esa sesión se aplicó los re-test los cuales miden depresión y ansiedad, la finalidad de esta sesión fue medir a través de los test aplicados si la sintomatología de la paciente fue mejorando a lo largo de las sesiones o en caso contrario se mantuvo igual en todas. Para finalizar con esta sesión de seguimiento se dio un espacio de expresión a la paciente para poder hablar de los sentimientos y dudas con la finalización de la terapia.

## Capítulo tres

### Resultados

Los datos expuestos en las tablas explican los resultados obtenidos a través de los test aplicados a la paciente, los cuales sirvieron para acentuar la información recabada por parte del terapeuta y la mejoría de los síntomas físicos y psicológicos mostrados.

**Tabla 3**

*Resultado del pretest y post test*

	Pretest	Post test
<b>Escala de depresión geriátrica de Yesavage</b>	11	11

Los datos obtenidos en el pretest y post test arrojan como resultado 11 puntos sobre 15, lo que nos indica una depresión establecida la cual fue base para el posterior tratamiento.

**Tabla 4**

*Resultado del pretest y post test*

	Pretest	Post test
<b>Inventario de ansiedad de Beck</b>	36	36

Teniendo en cuenta que el puntaje más alto al cual la paciente podía llegar en el inventario de ansiedad de Beck es 63, obtenemos como resultado en el pretest y post test un valor de 36 lo que nos arroja como una ansiedad severa.

**Tabla 5**

Conductas observadas y disminución de la sintomatología

Conductas observadas	Disminución de la sintomatología
Ganas de gritar	No hay una disminución significativa
Llanto fácil	No hay una disminución significativa

Temblores involuntarios en manos y pies	No hay una disminución significativa
Sensación de estrechamiento del pecho	No hay una disminución significativa
Incapaz de relajarse	No hay una disminución significativa

Debido a los principales síntomas de la paciente los cuales denotaban una clara depresión y ansiedad, como resultados cualitativos se puede evidenciar que en la paciente de este caso no se han observado cambios significativos en su estado de ánimo, además hubo varias sesiones en la que la paciente no se presentó por motivos personales y algunas sesiones fueron interrumpidas por orígenes externos a la terapia o el centro. La sintomatología depresiva sigue estando activa, no con la misma intensidad que al principio, ya que ciertos síntomas disminuyeron, tales como los pensamientos rumiantes los cuales bajaron su intensidad gracias a las actividades grupales que principalmente consistían en ejercicio físico y estimulación cognitiva, sin embargo, sigue mostrando llanto fácil y distorsiones cognitivas frente a sus miembros familiares.

En cuanto a los síntomas ansiosos, las actividades realizadas y su impacto hacia la paciente actuaron de manera neutra para su sintomatología, esto se puede comprobar ya que los principales síntomas de la ansiedad que se daban por su entorno no fueron apartados y aunque se aplicaron técnicas de respiración y terapia ocupacional los síntomas ansiosos no sufrieron cambios significativos.

## Discusión

En el caso presente como diagnóstico definitivo encontraremos un F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente y F41.9 Trastorno de ansiedad, no especificado. Estos diagnósticos de manera general se pueden ratificar los síntomas presentados por la paciente y se asientan por los resultados generados a través de los test aplicados.

Es importante considerar la terapia cognitivo conductual, la cual fue la base de todo el tratamiento psicológico aplicado a la paciente; sus altos resultados a comparación con otras terapias para reducir los síntomas depresivos fueron determinantes para su uso (Puerta y Padilla, 2011).

Ahora bien, esta terapia parte de que la depresión es una consecuencia de varios factores tales como: el déficit para afrontar los problemas, una mala regulación emocional o una visión del mundo demasiado pesimista (Sales et al., 2015). Estos problemas están relacionados a la intensidad de los síntomas presentados en esta población en relación con dicho trastorno.

Debido a esta problemática es importante mencionar que el proceso diagnóstico utilizado para tratar los síntomas de la paciente es el más recomendado por los profesionales de la salud mental y este comenzó con la identificación del problema mediante la entrevista psicológica, la observación clínica y los test realizados.

Cabe resaltar que los resultados de este estudio demuestran que los adultos mayores si mantienen una depresión establecida la cual está acorde con el test aplicado a la paciente, N.N se encuentra dentro de un porcentaje significativamente alto si hablamos de depresión en esta población lo cual concuerda con la investigación de Quiroz y Flores (2007) donde de los 82 participantes encuestados solo el 42% mostraban indicadores de depresión.

Continuando con la ansiedad encontrada en la paciente en donde los test aplicados mostraban una ansiedad severa y Quiroz y Flores (2007) encontraron que el

100% de los encuestados tiene algún tipo de ansiedad, pero solo el 2% cuenta con una ansiedad severa como en el caso presentado.

Para poder ratificar la información expuesta por Gonzales et al. (2018) con la técnica de respiración profunda el nivel de ansiedad de su población conformada por 96 adultos mayores donde disminuyó de ansiedad grave a leve, en el caso propuesto se puede comprobar que a pesar de que se aplicó técnicas de respiración para reducir la ansiedad, esta dio un resultado positivo mientras se practicaba la actividad sin embargo posterior a repasarla y estando sin supervisión del terapeuta la técnica dio un resultado opuesto a lo planificado.

Uno de los factores recurrentes en este caso clínico fue la psicoeducación la cual se utilizó a lo largo del proceso terapéutico con el paciente y es importante darle una definición general y se la puede definir como una aproximación con el terapeuta donde se proporciona al paciente a sus familiares la información de manera específica de la enfermedad (Godoy et al., 2020).

Ahora bien, la importancia de la psicoeducación para la paciente objeto de estudio adquiere mayor relevancia debido a que los diversos términos tratados en la sesión permitieron ampliar su campo de conocimiento y ejecutar el tratamiento de forma adecuada. Se ha demostrado que la eficacia de una buena psicoeducación puede reducir en un 14% las reacciones emocionales negativas de un paciente (Espín, 2009).

Teniendo esto en cuenta, y para poder tener resultados óptimos en la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva hay que tener un monitoreo constante de las actividades propuestas en las sesiones terapéuticas, además como limitación en el caso propuesto se obtiene una separación muy larga entre sesiones ya sea por motivos personales del paciente como por motivos externos de la institución.

## Conclusiones

En el presente trabajo se concluye que:

N.N con antecedentes de episodios depresivos a lo largo de su vida; presenta en la actualidad episodio depresivo moderado sin síntomas psicóticos, los cuales se han caracterizado por una sintomatología de llanto fácil, cambios en los horarios de sueño, pérdida del apetito, enlentecimiento psicomotor, empeoramiento del humor matutino depresivo, entre otros. Evidenciándose que, el proceso de evaluación por medio de la entrevista semi estructurada y la observación clínica, en conjunto con la aplicación de reactivos psicológicos permite corroborar el diagnóstico final.

Tras la aplicación de técnicas cognitivas conductuales para la disminución de la depresión se observó una mejoría del estado de ánimo de la paciente, sin embargo, en los resultados post test se evidencia un mantenimiento de la sintomatología debido a interrupciones constantes en el proceso terapéutico.

La aplicación de técnicas para el manejo de la ansiedad enfocadas en la respiración y estimulación cognitiva resultan efectivas al momento de su aplicación, sin embargo, la sintomatología que presenta la paciente se intensifica al estar institucionalizada, la cual es una variable externa al tratamiento, propiciando el mantenimiento de esta. Revisar

El tiempo dedicado a la aplicación del tratamiento con la paciente fue limitado debido a las constantes interrupciones, escaso número de intervenciones e intervalos demasiado largos entre sesiones, mismo que influenció de manera negativa en los resultados esperados.

### **Recomendaciones**

En el presente trabajo se puede recomendar que:

Un uso más amplio de reactivos psicológicos que permita identificar sintomatología presente y descartar de manera eficaz otros trastornos.

Que la terapia se realice con una frecuencia semanal, misma que permita mejorar el proceso terapéutico para adquirir una mejor efectividad a lo largo de las sesiones.

Adaptar las actividades con explicaciones concretas para la correcta comprensión y aplicación de las mismas. Además de una continua retroalimentación de las técnicas que permita mejorar la efectividad de estas.

## Referencias

- Abaunza Forero, C. I., Mendoza Molina, M. A., Bustos Benítez, P., Paredes Álvarez, G., Enriquez Wilches, K. V., & Padilla Muñoz, A. C. (2014). *Adultos mayores privados de la libertad en Colombia*. <https://doi.org/10.7476/9789587385328>
- Almenares Rodríguez, K., Corral Martín, A., Pría Barros, M. del C., & Álvarez Lauzarique, M. E. (2019). Discapacidad en adultos mayores por condiciones de vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4), 1–14. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v35n4/1561-3038-mgi-35-04-e850.pdf>
- Benavides-Caro, C. . (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(2), 107–112. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/rma>
- Bertoglia, L. (2008). La ansiedad y su relación con el aprendizaje. *Psicoperspectivas*. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7016761>
- Blanco, M., & Salazar, M. (2014). *Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage*. [Trabajo de graduación grado de Maestría En Ciencias De Enfermería Con Énfasis En Salud Comunitaria]. Universidad Autonoma de nueva León.
- Cabrera, P., & Barrera, M. (2010). *Aplicación de la terapia cognitiva conductual en un caso de agresividad infantil*. [Trabajo de graduación previo a la obtención del Título de psicóloga clínica]. Universidad de Azuay. <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1254/1/07738.pdf>
- Capurro N, Daniel, & Rada G, Gabriel. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista médica de Chile*, 135(4), 534-538. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000400018>
- Ceballos, O., Álvarez, J., & Medina, R. E. (2012). Actividad física y calidad de vida en adultos mayores. Un análisis en la Ciudad de Monterrey. Editorial el manual moderno. *Actividad física y calidad de vida en adulto mayor*, 1–139. Editorial el manual moderno.

- De Dios del Valle, R., Hernández Sánchez, A. M., Rexach Cano, L. I., & Cruz Jentoft, A. J. (2001). Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(5), 276–280. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(01\)74736-1](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(01)74736-1)
- Espín Andrade, Ana Margarita. (2009). School of caregivers - a psychoeducational program for informal caregivers of demented older people. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(2) Recuperado en 23 de julio de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662009000200019&Ing=es&tIng=e](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662009000200019&Ing=es&tIng=e)
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>
- Hoyl M, T., Valenzuela A, E., & Marín L, P. P. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista Médica de Chile*, 128(11). <https://doi.org/10.4067/S0034-98872000001100003>
- Martínez, L., Olvera, G., & Villarreal, E. (2018). Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en adultos mayores. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(2), 99–104. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2018/eim182f.pdf>
- MedilenePlus. (n.d.). Diagnóstico diferencial. Retrieved from Mediline Plus website: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/diagnostico-diferencial/>
- Mera, M., Calero, S., & Vaca, M. (2018). Intervención con actividad físico- recreativa para la ansiedad y la depresión en el adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(1), 1–10.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2018). *Norma Técnica para la*

*Implementación y Prestación de Servicios Gerontológicos de: Centros Gerontológicos Residenciales. Vol. 1.*

- Novás, J., Gallego, B., & León, A. (2006). El diagnóstico médico: Bases y procedimientos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1).  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252006000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100007)
- Pech, C., Guadalupe, H., Rena, C., & Karla, E. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: Un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 2, 257–270.
- Puerta, J. V., & Padilla, D. E. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión. *Duazary*, 8(2), 251–257. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>
- Quiroz, C. O. A., & Flores, R. G. (2007). *Ansiedad y depresión en adultos mayores*. *Psicología y salud*, 17(2), 291-300. <https://doi.org/10.25009/pys.v17i2.714>
- Retamal, P. (1998). *Depresión*. Universita. Obtenido de [https://books.google.com.ec/books/about/Depresion.html?id=1kwVmA7st\\_cC&redir\\_esc=y](https://books.google.com.ec/books/about/Depresion.html?id=1kwVmA7st_cC&redir_esc=y)
- Sales, A., Atiénzar, A. P., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E., & Meléndez, J. C. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 165–172. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15170>
- Salinas, E., & Falcón, N. (2020, August 10). Concordancia entre el diagnóstico presuntivo y tomográfico en canes con enfermedades encefálicas y de columna vertebral. *Revista de Investigaciones Veterinarias Del Perú*, 31(3), e18167. <https://doi.org/10.15381/rivep.v31i3.18167>
- Salud, O. mundial de la. (2006). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.
- San Molina, L. (2010). *Comprender la depresión*. AMAT. Obtenido de [https://books.google.com.pe/books?id=yC\\_1xY4jzNUC&printsec=frontcover#v=on](https://books.google.com.pe/books?id=yC_1xY4jzNUC&printsec=frontcover#v=on)

epage&q&f=false

- Sanz J, & Navarro ME. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del inventario de ansiedad de beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9(1), 59–84. Obtenido de <https://psycnet.apa.org/record/2003-99798-006>
- Vaca, M., Gómez, R., Cosme, F., Mena, F., Segundo, Y., & Realpe, Z. (2017). Estudio comparativo de las capacidades físicas del adulto mayor: Rango etario vs actividad física. *Revista Cubana de Investigaciones Biomedicas*, 36(1), 1–11. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002017000100013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000100013)
- Varela Pinedo, L. F. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de medica experimental y salud pública*. Obtenido de <https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/2196/2219>