



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

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

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Demencia en adulto mayor: una intervención  
psicoterapéutica**

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

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Autora:** Astudillo Guzmán, María Belén

**Director:** Valarezo Guzmán, Erick Gabriel

LOJA

2023



*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>*

2023

## Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, viernes 16 de junio de 2023

Magister

Gianella Lisseth Toro Sánchez

**Directora de la carrera de Psicología Clínica**

Ciudad.-

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: **Demencia en adulto mayor: una intervención psicoterapéutica** realizado por María Belén Astudillo Guzmán, 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, Mgs.

C.I.: 0705954154

Correo electrónico: [egvalarezo@utpl.edu.ec](mailto:egvalarezo@utpl.edu.ec)

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

Yo, María Belén Astudillo Guzmán, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: Demencia en Adulto mayor: una Intervención Psicoterapéutica, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: primer capítulo Marco Teórico, segundo capítulo metodología y capítulo 3 con los respectivos 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: María Belén Astudillo Guzmán

C.I.: 1150153243

Correo electrónico: [mbastudillo2@utpl.edu.ec](mailto:mbastudillo2@utpl.edu.ec)

## **Dedicatoria**

Este trabajo de integración curricular está dedicado a todos quienes han contribuido en mi proceso de aprendizaje y crecimiento tanto personal como profesional. Agradezco de manera especial a mis familiares y amigos por su constante apoyo en cada momento. Quiero hacer una mención especial a mis padres, Roberto Astudillo y Susana Guzmán, quienes con su sabiduría y fortaleza me permitieron alcanzar esta importante meta.

También quiero reconocer a aquellos que no están físicamente presentes, pero que siempre estuvieron en las diferentes etapas que me permitieron llegar hasta este punto. Mi abuelo Wilson Guzmán, desde el inicio de mi vida, respaldó cada una de mis decisiones y contribuyó significativamente a mi desarrollo personal. A Camilo López, una persona incondicional que me brindó fortaleza para perseverar en el camino a pesar de las dificultades. Asimismo, quiero dedicar una mención a todas las personas que formaron parte de mi experiencia universitaria, mis amigos, los cuales dejaron una huella y enseñanzas que me acompañarán toda mi vida.

## **Agradecimiento**

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a todos y cada una de las personas que me acompañaron al realizar mi trabajo de integración curricular, a mis familiares y amigos, a mis docentes, quienes generosamente compartieron su conocimiento conmigo a lo largo de mi carrera. También quiero agradecer a mi universidad, que siempre ha mantenido sus puertas abiertas para aquellos que desean superarse. Un agradecimiento especial va dirigido a mi tutor, el Mgtr. Erick Valarezo, quien ha sido una guía invaluable en este proyecto. Desde el inicio hasta el final, su apoyo y aportes han sido fundamentales para desarrollar este trabajo de manera profesional.

## Índice de contenido

Carátula.....	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular .....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos .....	III
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenido .....	VII
Resumen .....	1
Abstract.....	2
Introducción .....	3
Capítulo uno .....	7
Marco teórico .....	7
1.1 Presentación del caso .....	7
1.1.1 <i>Identificación del paciente</i> .....	7
1.1.2 <i>Motivo de consulta</i> .....	9
1.1.3 <i>Historia del problema y descripción de la sintomatología</i> .....	9
1.2 Proceso de evaluación .....	10
1.2.1 <i>Entrevista con la paciente</i> .....	11
1.2.2 <i>Observación clínica</i> .....	12
1.3 Proceso diagnóstico .....	16
1.3.1 <i>Diagnóstico diferencial</i> .....	16
1.3.2 <i>Diagnóstico presuntivo o definitivo</i> .....	17
Capítulo dos .....	18
Metodología.....	18
2.1 Tratamiento/Intervención .....	18
2.1.1 <i>Objetivos terapéuticos</i> .....	18
2.1.2 <i>Plan de tratamiento/intervención</i> .....	18
2.1.2.1 <i>Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico</i> .....	22
Capítulo tres .....	30

<b>Resultados</b> .....	<b>30</b>
<b>3.1 Análisis de resultados cuantitativos</b> .....	<b>30</b>
<b>3.2 Análisis de resultados cualitativos</b> .....	<b>32</b>
<b>Discusión</b> .....	<b>33</b>
<b>Conclusiones</b> .....	<b>42</b>
<b>Recomendaciones</b> .....	<b>43</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>44</b>

**Índice de Tablas**

<b>Tabla 1 resultados de batería psicológica.....</b>	<b>15</b>
<b>Tabla 2 Plan psicoterapéutico.....</b>	<b>18</b>
<b>Tabla 3 Examen de funciones mentales .....</b>	<b>32</b>

**Índice de figuras**

<b>Figura 1 Genograma.....</b>	<b>8</b>
<b>Figura 2 Comparación resultados Minimental test.....</b>	<b>30</b>
<b>Figura 3 Comparación resultados test ansiedad de GAS1.....</b>	<b>31</b>
<b>Figura 4 Escala de Lawton y Brody.....</b>	<b>32</b>

## Resumen

Esta sistematización investiga la situación de una paciente adulta mayor que experimentaba alteraciones significativas en su estado de ánimo y dificultades para recordar información básica, como su lugar de residencia, actividades recientes y nombres de personas cercanas. Después de una exhaustiva evaluación, se le diagnosticó "demencia sin especificación con criterio G1 y G3". Durante el proceso de intervención, se implementaron técnicas específicas centradas en los objetivos terapéuticos, como estimulación cognitiva, estrategias para gestionar la ansiedad y actividades diseñadas para fomentar su autonomía y autocuidado. A lo largo de 8 semanas de intervención psicológica, con el apoyo de su familia, teniendo en cuenta su edad, se lograron resultados significativos y se alcanzaron los objetivos planteados. Es fundamental destacar la importancia del apoyo familiar en el proceso de intervención, así como el valor de las técnicas utilizadas para abordar los síntomas cognitivos y emocionales. En conclusión, este estudio demuestra la eficacia del tratamiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes con demencia sin especificación. Este trabajo contribuye al conocimiento y comprensión de la demencia en la tercera edad.

*Palabras clave:* Demencia, estimulación cognitiva, ansiedad.

### **Abstract**

This systematization investigates the situation of an older adult patient who experienced significant alterations in her mood and difficulties in remembering basic information, such as her place of residence, recent activities and names of people close to her. After a thorough evaluation, she was diagnosed with "dementia without specification with G1 and G3 criteria". During the intervention process, specific techniques focused on therapeutic goals were implemented, such as cognitive stimulation, anxiety management strategies and activities designed to promote her autonomy and self-care. Throughout 8 weeks of psychological intervention, with the valuable support of her family, significant results were achieved, taking into account her age, and the proposed objectives were met. In conclusion, this study demonstrates the efficacy of treatment to improve the quality of life of patients with dementia without specification. It is essential to highlight the importance of family support in the intervention process, as well as the value of the techniques used to address cognitive and emotional symptoms. This work contributes to the knowledge and understanding of dementia in the elderly, laying the groundwork for future research in this evolving field.

*Keywords:* Dementia, cognitive stimulation, anxiety.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe en 2019 sobre la situación mundial de la respuesta de salud pública a la demencia. Según el informe, se estima que había 55.2 millones de personas con este trastorno en todo el mundo. Estas estimaciones abarcaron 195 países, territorios y ubicaciones subnacionales. Las investigaciones realizadas han revelado que la prevalencia de la enfermedad mental aumenta significativamente con la edad, llegando a casi duplicarse cada cinco años a partir de los 65 años. Es importante mencionar que la mayoría de las personas con demencia vivían en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2019).

En América Latina y el Caribe, el envejecimiento es un proceso inevitable, aunque gradual, que afecta a todos los países de la región en diferentes niveles. Estos cambios demográficos también se hacen evidentes en Ecuador, donde la esperanza de vida ha aumentado de 68.3 años en 1990 a 73.8 años en 2001, y se sitúa en 75 años en 2015. Según el último censo de población, la expectativa de vida actual es de 75.2 años, con una diferencia de 72.3 años para los hombres y 78.2 años para las mujeres (Rodríguez et al., 2019)

Para esto, es importante mencionar que, el Manual Internacional de Enfermedades “CIE-10” describe la demencia como un síndrome clínico-orgánico en el cual hay una disminución adquirida, gradual, progresiva y persistente de diversas funciones intelectuales como: memoria, orientación, lenguaje, pensamiento abstracto y capacidad de juicio. Es importante destacar que no se produce ninguna alteración en el nivel de conciencia. Además, para realizar el diagnóstico, es necesario que estos déficits interfieran con las funciones sociales y ocupacionales del individuo. Algunos expertos requieren que este deterioro se mantenga o progrese durante al menos seis meses para evitar confusiones con casos de delirio (OMS, 2011).

En otras palabras, la demencia se refiere a un conjunto de síntomas que afectan diversas funciones cognitivas, caracterizado por la pérdida de control emocional y cambios en la personalidad, lo que puede dificultar el realizar las diferentes actividades cotidianas (Zurique-Sánchez et al., 2019; Valero, 2023).

La OMS señala que los factores de riesgo son características o exposiciones que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad o lesión, en el caso de los trastornos cognitivos en personas mayores, cada tipo de demencia manifiesta sus propios factores de riesgo y protección, aunque algunos son compartidos por diferentes enfermedades. Por ejemplo, factores de riesgo vascular como la hipertensión arterial o la diabetes se relacionan consistentemente con un mayor riesgo de desarrollar demencia vascular, demencia mixta y enfermedad de Alzheimer (EA). En el caso de la EA, se ha determinado que existen factores de riesgo no modificables, como la edad, antecedentes familiares de demencia similar y alteraciones genéticas específicas, tanto monogénicas como poligénicas (OMS, 2019).

Asimismo, es más común de lo que se pueda imaginar que los adultos mayores experimenten problemas de depresión y ansiedad, aunque a veces estos síntomas pueden pasar desapercibidos. El estado de ánimo triste no es parte del proceso de envejecimiento normal y no es una consecuencia natural e inevitable del declive en la actividad social, la cual está estrechamente relacionada con la capacidad funcional e independencia de los adultos mayores y, en última instancia, con una mejor calidad de vida (Calderón, 2018; Jiménez et al., 2021).

Es importante comprender que muchos de los síntomas complejos de la depresión y ansiedad se desarrollan debido a distorsiones cognitivas en el procesamiento de la información, conocidas como distorsiones cognitivas. Estas distorsiones desempeñan un papel en el desarrollo de la sintomatología de las alteraciones antes mencionadas y se activan selectivamente cuando se asocian con situaciones de peligro almacenadas en la memoria a largo plazo. La estrategia recomendada para abordar esto es la reestructuración cognitiva, que busca ayudar al individuo a modificar las interpretaciones de sus experiencias, fomentando una organización de pensamientos más realista y adaptativa (Beck & Clark, 2012).

El diagnóstico de ansiedad en adultos mayores puede resultar complejo, esto se debe a que en ocasiones puede manifestarse simultáneamente con depresión y demencia. A su vez, existen situaciones en las que los síntomas de ansiedad se confunden con enfermedades

agudas que presentan síntomas similares, como palpitaciones, dificultad para respirar, cambios en el apetito y debilidad. Por tanto, se recomienda realizar una evaluación exhaustiva por parte de un especialista en geriatría para obtener un diagnóstico preciso (Fernández y Jurado, 2009).

El análisis detallado de este caso específico permite comprender de manera detallada el proceso de envejecimiento por el cual atraviesa el paciente, centrado en la intervención terapéutica respaldada en evidencia científica. Esto posibilita observar el mantenimiento en funciones cognitivas, mejoría en el estado emocional y el desarrollo en su cotidianeidad, haciendo hincapié en las bases científicas existentes para esta población. El estudio y tratamiento de las demencias en adultos mayores es de suma importancia, debido a la presencia de numerosos factores de riesgo en esta población, que se observan desde el abandono hasta la falta de estimulación cognitiva.

Es fundamental, el interés en realizar investigaciones de patologías mentales en la tercera edad con el objetivo de desarrollar tratamientos enfocados en aumentar la calidad de vida en la población, como en sus familiares, gracias a las estructuras desarrolladas se podrá promover interacciones sociales activas. Como universidad, la contribución a través de investigaciones en este campo permite proporcionar información a cuidadores y profesionales de la psicología, con el propósito de implementar medidas para la conservación de funciones cognitivas en los adultos mayores, mencionando como enfoque principal, aumentar la esperanza de vida. Esta labor se centra en brindar herramientas y conocimiento para el cuidado y tratamiento de las demencias en adultos mayores, generando un impacto significativo en la comunidad, fortaleciendo el bienestar de esta población vulnerable.

Por lo tanto, este trabajo se estructura en tres capítulos que abordan el marco teórico, la metodología y los resultados del caso. Además, incluye secciones de introducción, discusión, conclusiones, junto a esto las recomendaciones. En el primer capítulo, se presenta el marco teórico, donde se describe el caso con la identificación del paciente, el motivo de consulta, la historia del problema, la descripción de la sintomatología, así como el proceso de evaluación y diagnóstico. El segundo capítulo aborda la metodología, donde se detalla el plan

terapéutico, se describen las sesiones realizadas durante su desarrollo. El tercer capítulo presenta los resultados cuantitativos obtenidos a partir de la evaluación del tratamiento, es decir, la comparación antes y después de la aplicación del plan terapéutico. Finalmente, se realiza la discusión, se presentan las conclusiones, del mismo modo se ofrecen recomendaciones basadas en el estudio de caso presentado.

## **Capítulo uno**

### **Marco teórico**

#### **1.1 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.

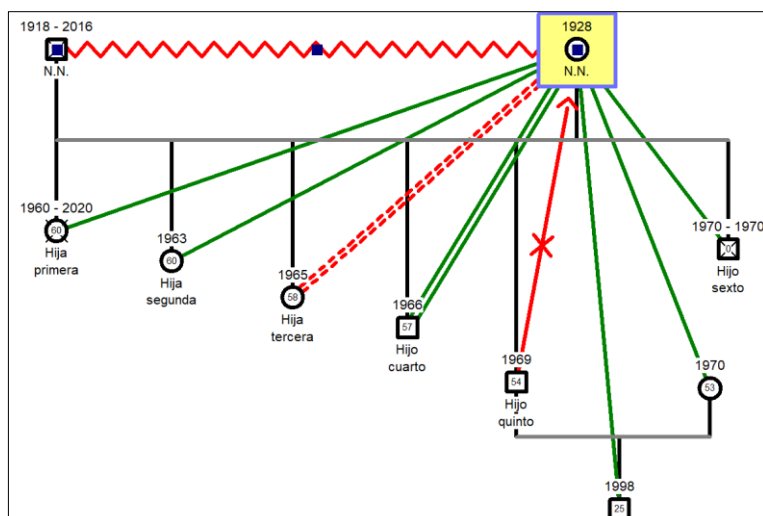
##### **1.1.1 Identificación del paciente**

La paciente es una mujer de 94 años, estado civil viuda, tuvo 11 embarazos, de los cuales 4 no llegaron a fin por problemas de salud y su último hijo no sobrevivió luego de 3 meses por una enfermedad de nacimiento, se encuentra jubilada del Ministerio de Educación, por su jubilación tiene un nivel socioeconómico medio, además, es una practicante de la religión católica y cuenta con escolaridad primaria.

En cuanto a su nivel socioeconómico, se considera medio y actualmente recibe una jubilación del Ministerio de Educación, siendo su último trabajo el de conserje en una escuela. Actualmente, vive sola en su casa propia junto a un nieto, y recibe ayuda de uno de sus 6 hijos para cuidar de su estado de salud y emocional.

**Figura 1**

Genograma familiar de la paciente.



*Nota.* En la figura se visualiza el núcleo familiar y las conexiones con respecto a las relaciones con cada miembro.

La paciente tuvo 11 hijos, su hija mayor falleció en el año 2020 en la pandemia por COVID 19, era doctora de primera línea en Guayaquil, mantenían una relación armoniosa, su segunda hija quien cuida de ella actualmente, mantiene una relación buena, la paciente expresa sentir seguridad hacia ella a diferencia de la desconfianza que siente por algunos miembros de su familia, su tercera hija no tiene contacto con ella debido a conflictos sobre temas de dinero, vive frente a su casa y no han mantenido ninguna conversación durante 2 años, considera a su cuarto hijo como amoroso y atento con ella, es a quien escucha en momentos de decisiones críticas, el quinto hijo tiene una buena relación con ella, pero, su segunda hija como informante en la tercera entrevista, comentó observar una relación de conveniencia con él porque solicita mucho dinero a su madre. La paciente tuvo 4 abortos que se dieron por causas desconocidas, menciona no recordar las fechas, y su último hijo falleció por problemas de salud a quien no atendieron a tiempo. es quien, cuando la paciente se encuentra en su casa propia, se encarga de su movilización del centro de atención a casa y de sus comidas, mantienen una buena relación.

### **1.1.2 Motivo de consulta**

La paciente fue ingresada por segunda ocasión a un centro de atención al adulto mayor debido a que sus familiares reportaron un deterioro en sus capacidades mentales, específicamente en su memoria, olvida nombres de familiares, tiene problemas para mencionar recuerdos y notaron que no puede mantener la atención por más de 20 minutos en una situación. El deterioro afectó su capacidad para llevar a cabo sus actividades diarias, ha ocasionado estados de tristeza y ansiedad relacionados con su situación vital, por consiguiente, se manifestaron pensamientos catastróficos acerca de su desconfianza hacia algunos familiares, así como de su vivienda sola en su casa, todo esto generó mayores.

En la primera sesión se evidenció que la memoria de evocación estaba afectada, la falta de estimulación en su ambiente generó en N.N mayor deterioro a nivel cognitivo, juntamente con sensaciones de soledad, temor e incluso desencadenando sintomatología ansiosa como: sensación de nerviosismo, agitación y tensión, temblores y palpitaciones.

Para determinar el pronóstico, se consideraron los diferentes factores de protección y riesgo en la vida del paciente. Como factores protectores se identificó a su hija mayor, quien le brinda atención constante a pesar de la resistencia de la paciente, su predisposición a asistir a terapia y la posibilidad de recibir estimulación constante permitirá disminuir o mantener el deterioro cognitivo. Como factores de riesgo se encuentran su estado de soledad al vivir sola en casa, su ansiedad y temor, los problemas de relación con algunos de sus hijos y problemas de salud, como el de visión.

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

La paciente menciona que, notó una leve dificultad para recuperar información personal y familiar, así como el inicio de sintomatología ansiosa, estos síntomas se presentan hace aproximadamente 5 años, por este motivo ingresó por primera vez al centro de atención al adulto mayor, al iniciar la pandemia por COVID 19, tuvo que mantenerse en casa sola durante meses, lo que empeoró el malestar de manera significativa, por esta razón sus hijos mantenían visitas a su hogar, estas eran limitadas por temor a contagios. En el año 2022 ingresaron a su familiar por segunda ocasión, el motivo que manifestaron fue que su familiar

mostraba mayor dificultad para encontrarse sola, tenía problemas en su alimentación y autocuidado.

Sus hijos pudieron comprobar que las actividades básicas como preparar alimentos, limpieza del hogar y de autocuidado, estaban siendo descuidadas y peligrosas al desarrollo de la adulta mayor. Dado que, vivía sola, al no existir una atención constante de su nieto consideraron diferentes medios para su cuidado, sin éxito, intentaron cuidados con enfermeras o mujeres que ayudaban con la limpieza, pero no funcionaron puesto que la paciente no se sentía cómoda, la última instancia fue retomar actividades en el centro de atención municipal. No se presentaron problemas de adaptación, pero sí leves conflictos de socialización en el entorno, a pesar de esto se pudo observar mejoría con respecto a su estado anímico de manera inmediata al contacto con sus compañeros.

Actualmente la paciente manifiesta sintomatología ansiosa con respecto al futuro de su seguridad y su hogar, problemas en la memoria específicamente para recuperar recuerdos personales, de su familia, sentimientos de soledad, los cuales se suprimen al llegar al centro de cuidado.

Se determinaron como factores predisponentes la muerte de su esposo, el inicio de su adultes viviendo sola en su hogar, problemas familiares, como factores precipitantes consideramos el inicio de la pandemia, permanecer sin contacto con familia y amigos durante un año por las medidas de cuidado de contagio los factores mantenedores son el encontrarse viviendo sola, en un lugar sin estímulos y compañía, así como encontrarse en un lugar en el que no tiene sentimiento de seguridad, el cual es su casa.

## **1.2 Proceso de evaluación**

Dentro del proceso de evaluación se realizaron 3 sesiones, las que tuvieron una duración de 35 minutos, se efectuó de esta manera en vista de que la paciente tenía dificultad para mantenerse concentrada o atenta a la sesión, se las llevó de manera presencial, en la tercera sesión se pudo contar con la presencia de la hija mayor quien es la responsable actual de la adulta mayor.

Para dar inicio con el proceso de evaluación se tomaron en cuenta los métodos de evaluación como de entrevista y observación, buscando corroborar las hipótesis establecidas se aplicó una batería psicológica enfocada en esta población y su sintomatología como fue el deterioro cognitivo y sintomatología ansiosa principalmente.

La observación clínica es la base del método clínico de investigación, se la considera un aspecto fundamental o de gran relevancia para obtener información sobre aspectos vitales que permitan establecer el diagnóstico, de esta manera se puede decidir el enfoque del proceso terapéutico a seguir. Este tipo de observación es tanto un método de práctica como de investigación clínica, ya se trate de un sujeto, de un grupo o de una familia, según la situación de salud o de enfermedad. Si bien la observación en sí es un método de llamada a la clínica, si el profesional de la salud no está capacitado para realizarla, se vuelve difícil (López et al., 2019).

### **1.2.1 Entrevista con la paciente**

Para dar inicio con el proceso de evaluación se tomaron en cuenta las variables de entrevista y observación, para corroborar las hipótesis establecidas se aplicó una batería psicológica enfocada en esta población y su sintomatología.

La entrevista es una técnica de recogida de información, y por tanto de evaluación; pero también es mucho más que eso. Su versatilidad así como su flexibilidad permiten moldear una entrevista para cada finalidad, de esta manera se podrá adaptarla incluso a las necesidades del entrevistado y al estilo personal del entrevistador, lo que le confiere gran ventaja respecto al resto de las técnicas de evaluación psicológica (Becker et al., 2015)

- **Primera entrevista:** En la primera entrevista se le tomó información verbal para completar anamnesis y conocer sobre su situación actual, se constató su dificultad para evocar información personal, por lo que se realizaron preguntas puntuales, se confirmó la existencia de conciencia sobre la dificultad que mantenía en su día a día, mencionó que desea asistencia psicológica y cómo espera que este proceso ayude en su estado mental, no se aplicaron reactivos esta sesión por cuestiones de tiempo.

- **Segunda entrevista:** En la segunda entrevista se continuó con la recolección de la información y se aplicaron los primeros reactivos, depresión de “Yesavage” y “Minimental” para conocer el estado cognitivo de la paciente, no existieron factores externos ni internos que complicaran este proceso, de igual manera solo se trabajaron 35 minutos porque la paciente mencionaba necesitar realizar actividades con sus compañeros.
- **Tercera entrevista:** Para finalizar el proceso de entrevista a la paciente, se aplicaron los reactivos “Operas”, “Gas1 para ansiedad geriátrica”, “Índice de Barthel” y “Escala de Lawton y Brody” así mismo se entrevistó a la hija mayor para corroborar la información, se pudo identificar que la paciente no logró mencionar información precisa sobre su vida, gracias a lo obtenido con la hija se pudo mejorar y corregir lo mencionado por la paciente.

### **1.2.2 Observación clínica**

La observación es la base del método clínico, es un aspecto fundamental, de gran relevancia para obtener información sobre aspectos vitales que permitan establecer el diagnóstico y decidir el tipo de terapia. Este tipo de observación es tanto un método de práctica como de investigación clínica, ya se trate de un sujeto, de un grupo o de una familia, según la situación de salud o de enfermedad, si el profesional de la salud no está capacitado para realizarla, se vuelve difícil (López et al., 2019).

Por medio de la observación en las primeras sesiones se pudo determinar funciones mentales, se notaron las siguientes particularidades en:

- Conciencia, un estado de conciencia lúcido, con espacios de obnubilación.
- Memoria se observaron problemas de evocación y fijación leves.
- Presencia de sugestionabilidad.
- Pensamiento, presencia de fuga de ideas.
- Afectividad demuestra ansiedad y tristeza situacional.

## **Instrumentos psicológicos aplicados**

La batería psicológica aplicada se encontraba dirigida especialmente a la población geriátrica, los instrumentos

- **Cuestionario De Depresión De Yesavage** (Martinez et al., 2002):

La escala Geriatric Depression Scale (GDS) de Yesavage es ampliamente utilizada en la población anciana para evaluar la depresión. Esta escala consiste en un cuestionario autoaplicable que consta de 30 preguntas con respuestas sí/no. Es especialmente diseñada para la población de edad avanzada y ha demostrado tener una alta sensibilidad 84% y especificidad 95%. La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria la recomienda como una herramienta de evaluación confiable. Además, la escala GDS ha sido validada en el idioma español (Martínez De La Iglesia, et al., 2002)

Posteriormente, Sheikh y Yesavage propusieron una versión abreviada de la GDS, compuesta por 15 preguntas, 10 positivas y 5 negativas, con el objetivo de reducir la fatiga y la pérdida de atención que suelen presentarse en este grupo de edad, especialmente en casos de alteración cognitiva. Esta versión abreviada puede ser completada en un tiempo más corto, aproximadamente de 5 a 7 minutos. Si bien algunos estudios han encontrado una correlación positiva pero no suficiente entre la versión corta y la versión larga de la escala correlación de alrededor de 0.66, otros estudios han demostrado una correlación superior al 0.80. Además, los datos de sensibilidad y especificidad son comparables entre ambas versiones (Martinez et al., 2002).

En resumen, la escala GDS de Yesavage es una herramienta útil y ampliamente reconocida para evaluar la depresión en la población anciana, tanto en su versión completa como en su versión abreviada. Su utilización permite una evaluación confiable y eficiente de la sintomatología depresiva en este grupo de edad.

- **Minimental State Examination test** (Arevalo-Rodriguez, 2016):

La prueba conocida como Mini-Mental State (MMSE) se utiliza comúnmente como parte del proceso de diagnóstico de demencia. Consiste en una evaluación escrita en la que se asignan puntuaciones, con un máximo de 30 puntos, siendo puntuaciones más bajas indicativas de problemas cognitivos más graves. Esta prueba es ampliamente utilizada a nivel mundial debido a su brevedad y facilidad de aplicación (Ardila, 2012).

El MMSE evalúa diez áreas diferentes, que incluyen la orientación espaciotemporal, el registro de tres palabras, la atención sostenida, la memoria, la capacidad de nombrar objetos, la repetición y comprensión de instrucciones, la capacidad de lectura, escritura y habilidades viso espaciales (Silverman., 2017). El punto de corte establecido para el MMSE define el rango de función cognitiva "normal" y generalmente se fija en 24 puntos. Sin embargo, teóricamente, podría ubicarse en cualquier lugar entre 1 y 30 (Arevalo-Rodriguez, 2016).

- **Escala de Evaluación General de la Personalidad Operas** (M. Rodríguez et al., 2022):

Una medida reciente para medir los Cinco Grandes es la escala General de Evaluación de la Personalidad. Ha sido validada en población española en una muestra de 3.838 participantes con edades comprendidas entre los 13 y los 95 años. La escala mostró una fiabilidad adecuada para las cinco escalas. Además, ha sido diseñada para contrarrestar los sesgos de respuesta más comunes en personalidad: la deseabilidad social y la aquiescencia. La DS es la disposición a presentarse a los demás de un modo más favorable y la Aq la tendencia a estar de acuerdo con las declaraciones hechas previamente independiente de su contenido. En la Tabla 2 se recogen los principales resultados encontrados (Rodríguez et al, 2022).

- **Ansiedad de Gas1** (Salazar, 2010):

La escala se compone de 30 reactivos, los cuales se subdividen de la siguiente manera: 9 pertenecen a la subescala somática, 8 a la subescala cognitiva, 8 a la subescala afectiva y 5 pertenece a la subescala clínica. Vale mencionar que la última

subescala es utilizada para sondear posibles situaciones ansiógenas, por lo que los autores aclaran que su puntaje no se debe sumar al puntaje total de la escala.

Los autores utilizaron 3 muestras diferentes: la primera se utilizó para el desarrollo de los ítems, esta estuvo compuesta por 100 adultos jóvenes y 30 adultos mayores; la segunda muestra fue extraída de una comunidad con el fin de hacer estudios preliminares sobre las propiedades psicométricas del instrumento, compuesta por 101 adultos mayores; por último, una tercera muestra compuesta por 69 adultos mayores considerados muestra clínica. En cuanto a la validez convergente del instrumento los autores encontraron correlaciones positivas y significativas con el inventario de Beck (Salazar, 2010).

**Tabla 1**

*Resultados de batería psicológica del Cuestionario de depresión de Yesavage*

<b>Instrumentos</b>	<b>Resultado cuantitativo</b>	<b>Interpretación</b>
<b>Cuestionario de Depresión de Yesavage (Versión Corta):</b>	8/15	Posible depresión
<b>Minimental Test:</b>	25/30	Deterioro
<b>Operas:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Extraversión: 49</li> <li>▪ Estabilidad</li> <li>▪ Emocional: 33</li> <li>▪ Responsabilidad: 24</li> <li>▪ Amabilidad: 62</li> <li>▪ Apertura a la</li> <li>▪ Experiencia: 56</li> <li>▪ Deseabilidad</li> <li>▪ Social: 56</li> <li>▪ Aquiescencia: 70</li> </ul>	
<b>Escala De Lawton Y Brody (Actividades Instrumentales De La Vida Diaria):</b>	0/20	Dependencia total
<b>Indice De Barthel: Abvd</b>	1/20	Dependencia moderada

---

<b>Escala</b>	<b>Ansiedad</b>	<b>De</b>	Ansiedad Leve
---------------	-----------------	-----------	---------------

**Gas1:**

---

*Nota.* Se observa la tala de los resultados en la primera aplicación de los test.

### 1.3 Proceso diagnóstico

El proceso diagnóstico es un proceso que inicia con la orientación de la demanda directa e indirecta que se da para evaluar a la persona o grupo, esta comprende fases de planeación, recopilación y procesamiento, concluyendo con comunicación escrita u oral de los resultados obtenidos, la cual abarca un objetivo directo, comprensión además de la descripción de los diferentes procesos psicológicos de la persona evaluado al paciente, en el cual se encuentran diferentes procedimientos, instrumentos, técnicas, los cuales comprenden aspectos como la anamnesis, diagnóstico y pronóstico (Heredia & Padilla, 2012)

Al realizar este proceso se pueden mencionar que, cumpliendo con lo establecido se buscó determinar la afección por la que cursaba el paciente, para esto se dio uso del manual diagnóstico CIE 10, está catalogado como una clasificación de enfermedades que se puede definir como un sistema de categorías a las que se asignan entidades de enfermedades de acuerdo con criterios establecidos. La clasificación puede barajar en torno a muchos ejes posibles, y la elección de uno en particular vendrá determinada por el uso que se haga del mismo. estadísticas recopiladas. Una clasificación estadística de las enfermedades debería cubrir la gama completa de estados de enfermedad dentro de un número manejable de categorías (OMG, 2012).

#### 1.3.1 Diagnóstico diferencial

- F41.1 Ansiedad generalizada

Se descartó por completo esta enfermedad, dado que la paciente demostraba la ausencia total de sintomatología cuando se encontraba en compañía de otras personas. Los síntomas eran específicos y se presentaban únicamente en su hogar, pero, al interactuar con más personas en el mismo entorno, las manifestaciones cesaban por completo. La preocupación de la paciente se puede controlar de manera inmediata si se logra hablar de la situación de manera realista.

- **F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.**

Esta patología no se puede confirmar puesto que no existen las pruebas clínicas que den un primer enfoque hacia esta enfermedad, el deterioro de la enfermedad ha progresado de forma específicamente lenta. No han existido manifestaciones que soliciten atención clínica o psiquiátrica con respecto a sus problemas de memoria y de comportamiento. Se descarta esta enfermedad por la falta de pruebas clínicas.

### **1.3.2 Diagnóstico presuntivo o definitivo**

Cumple con los criterios diagnósticos para: CIE-10: F03. Demencia Sin especificación con Criterios G1 Y G3.

**Criterio G1.** Existen pruebas de cada uno de los siguientes síntomas:

Se observa un deterioro de la memoria evidente sobre todo para el aprendizaje de nueva información, en este caso existe una leve afeción en la evocación de información previamente aprendida. La alteración incluye tanto al material verbal como al no verbal. La información obtenida no se basa en quejas de la paciente, se tomaron e cuenta las versiones de familiares y cuidadores del centro. Gravedad del deterioro:

- Moderado: El grado de pérdida de memoria representa una dificultad seria para la vida independiente. Sólo se retiene el material muy bien aprendido o de carácter muy familiar. La información nueva es retenida sólo de forma ocasional y muy breve. El individuo es incapaz de evocar información básica sobre su lugar de residencia, actividades recientes o nombres de personas allegadas.

**Criterio G3.** Se observa deterioro del control emocional, motivación o un cambio en el comportamiento social que se manifiesta al menos por:

1. Irritabilidad.
2. Embrutecimiento en el comportamiento social.

Se mantiene este diagnóstico puesto que la paciente cumple con los criterios antes mencionados, no existen pruebas clínicas, a pesar de esta situación, se consideró como el diagnóstico principal al cumplir con los criterios diagnósticos antes mencionados.

## Capítulo dos

### Metodología

#### 2.1 Tratamiento/Intervención

Se optó por emplear un enfoque terapéutico integrativo debido a que el enfoque del plan se centraba en las necesidades del paciente. Gracias a esto, fue posible explorar y estructurar las ideas y enfoques derivados de diferentes tratamientos, como el psicodinámico, así como modelos conductuales, cognitivos, existenciales, somáticos y humanistas. El modelo no tenía la intención de fusionar todas las metodologías o encontrar un factor unificador, sino que proponía una perspectiva meta-teórica para determinar el modelo o tipo de intervención que se ajuste a las necesidades de cada paciente, manteniendo la esencia y utilidad de cada uno de ellos (Krebs et al., 2012).

Por otro lado, es importante mencionar que el plan terapéutico consta de 9 sesiones, cada una tuvo duración de entre 20 minutos a 30 minutos, todo de forma presencial en el centro de atención al adulto mayor.

##### 2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

- Conservar las funciones mentales del adulto mayor mediante la estimulación cognitiva, favoreciendo su autonomía y calidad de vida.
- Incrementar la autonomía a través de la intervención psicoterapéutica familiar, facilitando un desempeño adecuado en las actividades cotidianas.
- Aliviar la ansiedad mediante técnicas de relajación, incluyendo respiración profunda y meditación, para su bienestar emocional.

##### 2.1.2 Plan de tratamiento/intervención

###### **Tabla 2**

###### *Plan psicoterapéutico*

Sesión	Objetivo Terapéutico	Objetivo De Sesión	Técnica	Observación
--------	----------------------	--------------------	---------	-------------

1	Conservar las funciones mentales del adulto mayor mediante la estimulación cognitiva, favoreciendo su autonomía y calidad de vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación del plan psicoterapéutico.</li> <li>• Psicoeducación en el tema: “emociones básicas”.</li> <li>• Estimulación cognitiva de atención por medio de imágenes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimulación cognitiva.</li> </ul>	Sin tarea
2	Conservar las funciones mentales del adulto mayor mediante la estimulación cognitiva, favoreciendo su autonomía y calidad de vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las emociones que ha experimentado durante la mañana.</li> <li>• Estimulación cognitiva memoria por medio de cartas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de emociones y sentimiento</li> <li>• Diálogo socrático</li> <li>• Estimulación cognitiva.</li> </ul>	Sin tarea
3	Conservar las funciones mentales del adulto mayor mediante la estimulación cognitiva, favoreciendo su autonomía y calidad de vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar reconocimiento de situaciones y respuestas emocionales del autorregistro.</li> <li>• Estimulación cognitiva de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de las emociones y sentimientos.</li> <li>• Estimulación cognitiva.</li> <li>• Jerarquización de las actividades.</li> </ul>	Sin tarea
4	Conservar las funciones mentales del adulto mayor mediante la estimulación cognitiva, favoreciendo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer las emociones que ha percibido durante la mañana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de las emociones y sentimientos.</li> <li>• Estimulación cognitiva.</li> </ul>	Tarea, repasar en cada técnica de relajación con la hija.

	<p>su autonomía y calidad de vida.</p> <p>Incrementar la autonomía a través de la intervención psicoterapéutica familiar, facilitando un desempeño adecuado en las actividades cotidianas.</p> <p>Aliviar la ansiedad mediante técnicas de relajación, incluyendo respiración profunda y meditación, para su bienestar emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar técnica de relajación y compartir material sobre técnica.</li> <li>• Estimulación cognitiva de memoria por medio de recursos musicales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información.</li> <li>• Musicoterapia.</li> </ul>	
5	<p>Conservar las funciones mentales del adulto mayor mediante la estimulación cognitiva, favoreciendo su autonomía y calidad de vida.</p> <p>Aliviar la ansiedad mediante técnicas de relajación, incluyendo respiración profunda y meditación, para su bienestar emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer las emociones que ha percibido durante la mañana.</li> <li>• Estimulación cognitiva de la memoria a través de actividad con tarjetas.</li> <li>• Repaso de técnicas de relajación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de las emociones y sentimientos.</li> <li>• Estimulación cognitiva.</li> <li>• Información.</li> </ul>	Sin tarea.
6	<p>Conservar las funciones mentales del adulto mayor mediante la estimulación cognitiva, favoreciendo su autonomía y calidad de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar sobre actividades que permitan mayor cuidado personal.</li> <li>• Estimular la memoria a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de actividades de higiene personal.</li> <li>• Psicoeducación.</li> </ul>	Sin tarea.

	Incrementar la autonomía a través de la intervención psicoterapéutica familiar, facilitando un desempeño adecuado en las actividades cotidianas.	través de la actividad "Recordar posición de cartas"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimulación cognitiva.</li> </ul>	
7	<p>Conservar las funciones mentales del adulto mayor mediante la estimulación cognitiva, favoreciendo su autonomía y calidad de vida.</p> <p>Incrementar la autonomía a través de la intervención psicoterapéutica familiar, facilitando un desempeño adecuado en las actividades cotidianas.</p> <p>Incrementar la autonomía a través de la intervención psicoterapéutica familiar, facilitando un desempeño adecuado en las actividades cotidianas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular lenguaje y memoria por medio de lectura comprensiva.</li> <li>• Establecer una rutina para el cumplimiento de acciones de autocuidado. Explicación a familia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimulación cognitiva.</li> <li>• Dialogo socrático.</li> </ul>	Sin tarea.
8	Conservar las funciones mentales del adulto mayor mediante la estimulación cognitiva, favoreciendo su autonomía y calidad de vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular memoria por medio de actividades con tarjetas.</li> <li>• Repaso de actividades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimulación cognitiva.</li> </ul>	Sin tarea

---

enviadas a casa y  
su cumplimiento.

---

Nota. Se observa la descripción del plan terapéutico.

### ***2.1.2.1 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.***

#### **Sesión 1:**

Para esta primera sesión se utilizaron las diferentes técnicas como psicoeducación, clarificación y estimulación cognitiva. Al iniciarla se explicó el plan terapéutico a la paciente, esto permitió conocer la existencia de dudas sobre lo planificado, luego se realizó psicoeducación, permitiéndonos identificar el nivel de conocimiento sobre “emociones básicas” y de esta manera aumentar la comprensión con respecto al tema, esta técnica tiene como objetivo enfrentar las situaciones comunes que las personas experimentan en su vida diaria, las cuales se vuelven complicadas debido a la falta de conocimiento asociada a esta situación excepcional y atípica, todo dirigido a las emociones básicas, para esto se usaron recursos como imágenes y frases impresas con las que el paciente pueda leer por sí misma y llevar a casa (Godoy et al., 2020).

Posterior a esto, se llevó a cabo un ejercicio de estimulación cognitiva centrado en la atención. Se presentaron cuatro imágenes a la paciente y se colocaron sobre la mesa, permitiéndole observarlas y describirlas. Luego, se dieron vuelta las imágenes y se le pidió a la paciente que las describiera nuevamente sin poder verlas.

Para realizar esta actividad se tomaron en cuenta las diferentes recomendaciones sobre estimulación de la memoria en adulto mayores, realizadas por Aguilar et al. (2018), como por ejemplo, las actividades de papel y lápiz con otras actividades más lúdicas como pueden ser: juegos de mesa, crucigramas, sopas de letras y sudokus, así como actividades que requieren un esfuerzo cognitivo como tocar un instrumento o hacer manualidades.

#### ✓ Logros terapéuticos

Los objetivos terapéuticos se alcanzaron satisfactoriamente, ya que al aplicar diversas técnicas y el paciente demostró lo aprendido durante la recapitulación de la sesión, la paciente pudo recapitular por si sola lo trabajado aludiendo haber comprendido la sesión.

**Sesión 2:**

A petición de la paciente, esta sesión se llevó a cabo al aire libre en el jardín del centro. Durante la sesión, se utilizó el autorregistro de emociones y pensamientos, el cual se completó junto con la paciente en ese momento. Este autorregistro se enfocó en las emociones experimentadas por ella a lo largo del día, tanto dentro del centro como en su hogar. Además, se le solicitó que mencionara las emociones que consideraba especialmente intensas (Tortella-Feliu et al., 2012).

Una vez completado el autorregistro, se trabajó con las emociones que generaban una respuesta desadaptativa en su vida diaria. Se buscó proporcionar un enfoque diferente que le permitiera afrontar de manera más efectiva su jornada en el centro y en su hogar.

Adicionalmente, se llevó a cabo una actividad de estimulación cognitiva enfocada en la memoria utilizando 6 cartas diferentes a las anteriores. Se presentó un grupo de seis cartas sobre la mesa, cada una con su respectiva pareja. Se le pidió a la paciente que recordara la ubicación de cada carta y su pareja. Después de varios intentos, la paciente logró cumplir con la tarea. Esta actividad se practicará nuevamente durante la terapia ocupacional a lo largo de la semana.

✓ Logros terapéuticos

Durante esta semana, se lograron cumplir satisfactoriamente los objetivos terapéuticos establecidos, ya que la paciente respondió de manera positiva a las actividades realizadas, por ende, se observaron efectos favorables a lo largo del día como energía y expresiones de bienestar.

**Sesión 3:**

Al iniciar la sesión se trabajó con estimulación cognitiva de memoria durante la sesión, se implementó una actividad de estimulación cognitiva enfocada en la memoria. Se colocaron

figuras en la mesa en un orden específico, luego se desordenaron y se pidió a la paciente que las volviera a colocar en su posición original. Después de un segundo intento, la paciente logró completar la actividad exitosamente. Esta dinámica se repitió cinco veces más (Aguilar et al., 2018).

Además, al igual que en la sesión anterior, se trabajó en el registro de las emociones y sentimientos experimentados por la paciente a lo largo del día. En esta ocasión, no se identificaron emociones intensas que generaran un malestar significativo para ella.

#### ✓ Logros terapéuticos

En general, se lograron alcanzar todos los objetivos terapéuticos establecidos para esta sesión, gracias a la disposición de la paciente y a los resultados observados a lo largo del día.

#### **Sesión 4:**

Durante esta sesión, se trabajó con el autorregistro de emociones, como en las sesiones anteriores, identificando las emociones experimentadas por la paciente durante la mañana. La paciente expresó cierto malestar debido a situaciones que ocurrieron en su hogar, especialmente relacionadas con sentimientos de ira. Se abordó esta emoción, aceptando las experiencias vividas y enfocándose en los momentos positivos del día.

Se explicó la técnica de relajación, esta se encontraba enfocada en la respiración controlada, se le dio el instructivo con el que podrá aplicar la técnica, en este se encontraban los pasos que debe seguir, el cual lleva en su bolsa de mano. Para realizar esta respiración se tomaron en cuenta diferentes archivos referentes al tema.

- Respiración controlada (García-Grau et al., 2008):
  - Se sugiere practicarla al notar los primeros síntomas de ansiedad, durante al menos dos minutos.

- Durante la aplicación de la respiración controlada, puede ser beneficioso revisar el nivel de tensión en diferentes grupos musculares, especialmente aquellos que suelen estar más tensos, e intentar reducir esa tensión.
- Los pasos para realizarla son los siguientes (Martínez et al., 2018):
  - Tomar asiento
  - Inhalar y exhalar tratando de inflar el abdomen. (Inspiración y expiración diafragmática).
  - Hacerlo de forma lenta
  - Repetirlo hasta por lo menos 8 veces.

Para concluir la sesión, se llevó a cabo la estimulación cognitiva centrada en la memoria a través de la musicoterapia para adultos mayores. Para realizar esta actividad se tomó en cuenta la investigación de evidencias sobre la musicoterapia y memoria en adulto mayor realizada en 2017 (Gutiérrez, et al., 2017). Para iniciar con la actividad se reprodujo música seleccionada por la paciente, con el objetivo de que pudiera replicar las letras. Se le pidió a la paciente que imitara los movimientos corporales que la coterapeuta realizó, se movieron extremidades como brazos, pies y cabeza, luego se le invitó a ponerse de pie y bailar un poco. Se reprodujeron varias canciones similares a la primera elección, esperando una respuesta por parte de la paciente. Se observó que fue capaz de reconocer algunas canciones, repitiendo algunas partes de las letras y realizando movimientos acordes al ritmo.

✓ Logros terapéuticos

Se puede concluir que en esta sesión se pudieron cumplir los objetivos, la paciente colaboró al realizar las actividades, se observaron respuestas positivas en cuanto su estado de ánimo luego de la sesión, demostrando mayor predisposición al realizarla.

**Sesión 5:**

En esta sesión, se dio lugar al trabajo con el autorregistro de emociones, lo cual permitió identificar emociones que generaban respuestas desadaptativas debido a problemas

con compañeros en el centro. Se llevó a cabo un proceso de racionalización de lo sucedido, y la paciente pudo encontrar por sí misma soluciones a estas situaciones.

Además, se retomó la estimulación cognitiva de la memoria utilizando tarjetas. En esta ocasión, se mostraron las tarjetas y se indicó a la paciente que se fijara en los colores de las figuras y que pintara con los mismos colores en las tarjetas en blanco. Aunque esta actividad resultó un poco desafiante para la paciente, se logró cumplir con el objetivo, ya que, a pesar de enfrentar cierta dificultad, pudo llevar a cabo la actividad.

También se repasó la técnica de respiración previamente enseñada. La paciente mencionó que, cuando está con su hija, ella le recuerda practicar esta técnica en casa para relajarse, pero que no ha sentido la necesidad de usarla, ya que no ha experimentado momentos de preocupación recientemente.

✓ Logros terapéuticos

En esta sesión se cumplieron los objetivos planteados, la paciente realizó de manera correcta la actividad, replicando lo solicitado, con respecto a la técnica de relajación, existieron manifestaciones de agrado, la paciente mencionó cómo replica la actividad en casa con ayuda con su hija, de manera satisfactoria.

**Sesión 6:**

En esta sesión, se llevó a cabo una orientación al paciente sobre actividades que fomentan un mayor autocuidado, utilizando como referencia el "Manual de autocuidado del adulto mayor" elaborado por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.

Se comenzó proporcionando psicoeducación sobre cómo llevar a cabo un proceso de autocuidado que promueva el desarrollo personal. La paciente expresó varias dudas relacionadas con el tema, especialmente debido a los efectos de sus medicamentos, que le generaban falta de energía y dificultades para llevar a cabo actividades básicas de autocuidado, como cepillarse los dientes. Al finalizar la psicoeducación, se hizo hincapié en la importancia de reconocer cuándo se necesita la ayuda de otros para realizar las actividades

de autocuidado, con el objetivo de que la paciente comprendiera la necesidad de involucrar a sus familiares en su cuidado. Se le proporcionó material correspondiente a las diferentes actividades que había dejado de realizar y se reforzaron aquellas que aún mantenía, creando una lista de necesidades individuales, solicitando a su hija otras actividades que ellas consideren también importantes, dejando una lista de 8. Además, se brindó psicoeducación a la familiar de la paciente sobre lo trabajado en la sesión, quien expresó estar dispuesta a colaborar en las actividades de cuidado en el hogar (Saucedo, 2019).

En el apartado de estimulación cognitiva trabajó memoria, para esto se colocaron 2 grupos de 3 cartas cada una en un orden específico de número, se le pidió a la paciente las observe con atención, cuando ya se las mezcló se pidió las coloque como al inicio, esta actividad se repitió 4 veces más aumentando una carta en cada una. Se cumplieron con los objetivos de la sesión la paciente se encontraba dispuesta a trabajarlos no solo en sesión si no en casa y los resultados fueron positivos.

✓ Logros terapéuticos

Se cumplieron los objetivos de manera satisfactoria, las actividades de estimulación cognitiva se realizaron con la colaboración y comprensión de la paciente, luego de algunos intentos pudo recordar la posición de las cartas, así mismo la familia colaboró en las actividades enfocadas en el desempeño de la paciente para realizar actividades cotidianas.

**Sesión 7:**

Para comenzar esta sesión, se le preguntó a la paciente cómo llevaba a cabo en su hogar las actividades que había aprendido previamente. Comentó que su hija la ayuda a repasar la técnica de respiración todos los días antes de acostarse, ya que considera que esto le ayuda a dormir mejor. Además, se le consultó nuevamente sobre su estado de ánimo en una escala del 1 al 10. La paciente mencionó que se encontraba en un 9, ya que siempre hay algo que la enoja en relación con sus compañeros, pero que ella ha aprendido a tener amor hacia ellos al considerarlos sus prójimos.

Se diseñó una rutina personalizada para que la paciente pudiera mantenerla en su hogar. Durante este proceso, se tomaron en cuenta las actividades que la paciente mencionó no disfrutar hacer, las que extrañaba realizar y las que le resultaban difíciles. La rutina se inició con el autocuidado, asegurando que se llevaran a cabo las actividades necesarias diariamente, como cepillarse los dientes, tomar duchas y alimentarse adecuadamente. Luego, se incluyeron actividades destinadas a practicar la motricidad, como mover objetos pequeños y doblar ropa. Finalmente, se buscaron actividades placenteras que la paciente disfrutara al estar en casa, como ver programas de televisión y conversar con su hija acerca de su día.

En cuanto a la estimulación cognitiva, se solicitó a la paciente que leyera una lectura sobre autocuidado en la tercera edad, al inicio, por temor a equivocarse mencionó no querer participar, pero al recordarle que esto se realiza por su cuidado y para su mejoría accedió, no existió dificultad, la paciente podía recordar cómo realizar la lectura, con un poco de esfuerzo leyó el documento entregado (Marrón et al., 2009).

Para terminar con la sesión, se recordó lo aprendido sobre autocuidado la semana pasada, de esta manera las actividades mencionadas por la paciente y las que se explicaron se organizaron en forma de jerarquía para así ella pueda realizarlas junto a su hija en su hogar.

#### ✓ Logros terapéuticos

Los objetivos de esta semana se cumplieron de manera satisfactoria, la estimulación cognitiva por medio de lecturas se realizó con dificultad, a pesar de la situación se pudo cumplir con lo solicitado, así como el establecimiento de diferentes metas q

#### **Sesión 8:**

Para iniciar con esta actividad se le solicitó a la paciente mencione su estado de ánimo con la escala del 1 al 10, comentó estar en un 8, puesto que sabía que sería la última sesión para trabajar, no le causaba malestar, si no tristeza.

Para la sesión de estimulación cognitiva de la semana se realizó una actividad enfocada en el lenguaje, a la paciente se le presentó una imagen, se solicitó escriba una historia referente a lo que sucede en la imagen, no presentó dificultad para realizarlo, ella disfrutó mencionando que contar historias es lo que más aprecia, especialmente si ella puede inventarlas de alguna manera (Marrón et al., 2009).

✓ Logros terapéuticos

Se cumplieron los objetivos de esta sesión, la paciente pudo describir un discurso sobre lo observado, dando un buen resultado, al solicitar se recuerden las actividades antes trabajadas, se mencionaron todas las enviadas a cada y casi todas las trabajadas en sesión, puesto que tenía evocaciones leves de cada una.

## Capítulo tres

### Resultados

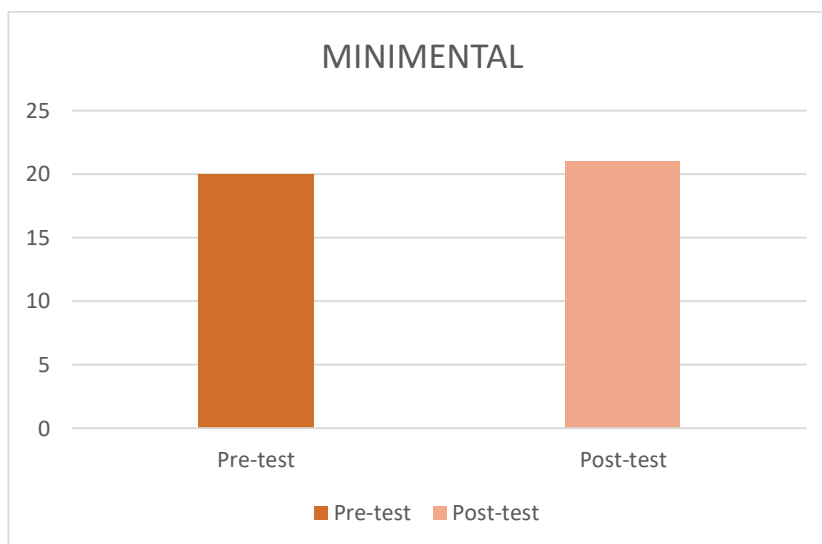
#### 3.1 Análisis de resultados cuantitativos

En el análisis de resultados cuantitativos, se compararon los valores obtenidos en los tests realizados durante el pre-test. Esto nos permitió evaluar los avances o retrocesos en las capacidades cognitivas, el nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria y la sintomatología ansiosa de la paciente. De esta manera, se obtuvo una visión clara de los progresos realizados en estas áreas y de cualquier cambio significativo en su estado.

Durante el post-test, se utilizaron los mismos ítems que se emplearon en el pretest para realizar la comparación de valores entre el inicio y el final de la psicoterapia. Esto permitió evaluar los cambios, retrocesos o progresos que se produjeron a lo largo del proceso terapéutico. Al comparar los resultados, obtuvimos una visión clara de la evolución y mantenimiento de funciones de la paciente desde el comienzo hasta el final de la terapia.

**Figura 2**

*Comparación resultados Minimental test*

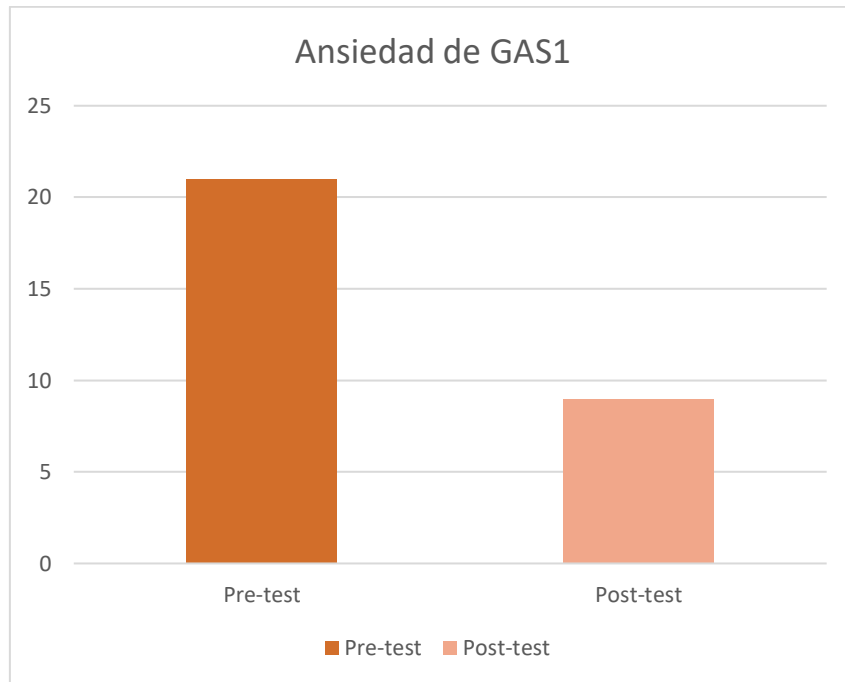


*Nota:* se puede observar que el resultado del pretest fue de 20 puntos, lo que indicaba un deterioro evidente en las capacidades mentales de la paciente, especialmente en el área de la memoria diferida. Sin embargo, en el post-test, se evidenció una mejoría significativa.

La paciente logró recordar uno de los objetos mencionados previamente, lo cual no pudo hacer en el primer intento y experimentó dificultades. Este avance muestra una clara mejora en su capacidad de retención y recuperación de información en la memoria diferida.

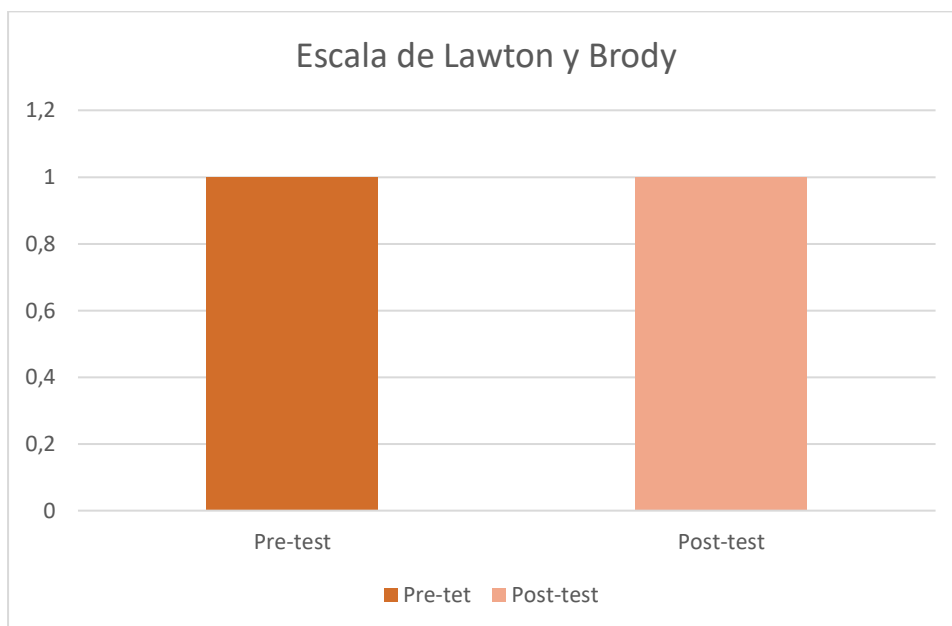
**Figura 3**

*Comparación resultados test ansiedad de GAS1*



*Nota:* En la tabla numero 4 podemos observar un cambio significativo en la sintomatología ansiosa de la paciente.

En el pre-test, se registró un valor de 21, lo que, junto con la triangulación de la información, indicaba la presencia de un cuadro situacional de ansiedad. Sin embargo, en el post-test, se evidencia claramente una disminución en estos síntomas, llegando a un resultado de 9, que indica una reducción considerable de la sintomatología ansiosa.

**Figura 4***Escala de Lawton y Brody*

*Nota:* Como se puede observar, la paciente no demostró cambios con respecto a las actividades que puede realizar en su día a día, pero se mantiene la actividad de compras pequeñas de cada día.

### 3.2 Análisis de resultados cualitativos

**Tabla 3***Examen de funciones mentales*

	<b>Pre-test</b>	<b>Post-test</b>
<b>Conciencia:</b>	Estado de conciencia lúcido, con espacios de obnubilación	Estado de conciencia lúcido, con espacios de obnubilación
<b>Memoria</b>	Evocación y fijación leves	Evocación y fijación leves
<b>Pensamiento:</b>	Presencia de fuga de ideas, estructura del	Presencia de fuga de ideas, estructura del

	pensamiento levemente alterada.	pensamiento levemente alterada.
<b>Afectividad:</b>	Ansiedad y tristeza situacional relacionada a la soledad y relaciones con la familia.	Ansiedad y tristeza situacional relacionada a la soledad y relaciones con la familia.
<b>Voluntad:</b>	Presencia de sugestionabilidad.	Presencia de sugestionabilidad.

---

*Nota.* Las funciones mentales evaluadas por diferentes campos.

### Discusión

Este trabajo de sistematización de caso clínico abarcaba estructuras que regían normativas a cumplir. Por consiguiente, resulta de suma importancia mencionar que se lograron alcanzar los objetivos planteados en la sesión, abordando diferentes aspectos. En cuanto al primer objetivo, se utilizó la estimulación cognitiva como técnica para mantener las funciones mentales de la paciente. Se observó que sus capacidades de memoria y atención se mantuvieron en el nivel inicial, lo cual es un indicador positivo de su estado cognitivo.

En relación con el segundo objetivo, se evidenció un mayor interés y participación de la paciente en actividades que promovían su autonomía. Según los informes de su hija, se notó un incremento en el interés por realizar actividades de autocuidado, como cepillarse los dientes y tomar una ducha al despertar. Además, la paciente mostró disposición para realizar tareas cotidianas, como ayudar en el lavado de los platos. Estos avances demuestran su capacidad de llevar a cabo actividades en el entorno familiar.

Con respecto al tercer objetivo, se observó una disminución en los estados de ansiedad que experimentaba la paciente. Esto se atribuye a la nueva dinámica de convivencia con su hija mayor, quien brindó compañía y cuidados adicionales. La presencia y atención de su hija contribuyó a aliviar la sintomatología de preocupación por su futuro en casa, lo que

refleja una mejora en su bienestar emocional, a pesar de esto, se practicó una técnica de relajación para practicar con su hija en casa.

En resumen, los objetivos planteados se cumplieron satisfactoriamente durante las sesiones. La estimulación cognitiva permitió mantener las funciones mentales, la paciente demostró un mayor interés en actividades autónomas y la convivencia con su hija mayor contribuyó a reducir la ansiedad y preocupación. Estos resultados reflejan un progreso significativo en el tratamiento.

Es importante mencionar que, para llevar a cabo el proceso de evaluación, se tuvieron en cuenta las diversas intervenciones funciones cognitivas: estado de ánimo, personalidad y las limitaciones de movilidad de la paciente. A través de estas funciones, se recopiló información que permitió obtener una visión precisa y clara de su situación. Es relevante resaltar que, debido a las restricciones de tiempo, se utilizó un enfoque específico en la evaluación. Sin embargo, existen métodos más complejos y completos que permiten un diagnóstico más preciso y que complementan otras áreas de atención como es el caso de la evaluación geriátrica integral (EA) siendo un proceso multidimensional e interdisciplinario que busca comprender la salud global del adulto mayor. Además de evaluar aspectos cognitivos, emocionales y de movilidad, también se consideran otros factores como la salud física, la autonomía en las actividades diarias, la calidad de vida y el entorno social.

Al utilizar enfoques más exhaustivos, se pueden obtener datos más completos que contribuyan a un diagnóstico más preciso y a la implementación de intervenciones adecuadas para mejorar la salud y el bienestar del adulto mayor. A diferencia de lo antes mencionado la evaluación geriátrica integral (EGI) es un proceso diagnóstico complejo que involucra diferentes dimensiones y disciplinas. Su objetivo principal es identificar y evaluar los problemas físicos, funcionales, psicológicos y sociales que pueden llevar a la incapacidad en los adultos mayores. Por tanto, el método de evaluación EGI busca comprender de manera integral la situación del adulto mayor, considerando todas estas áreas para obtener una visión completa de sus necesidades y proporcionar una atención adecuada y personalizada. Al abordar cada uno de estos problemas, se busca mejorar la calidad de vida y prevenir o

retrasar la discapacidad en esta población, se puede recalcar este tipo de (Cortés et al., 2011).

Se utilizaron diversos instrumentos para evaluar a la paciente, entre ellos el Minimental test, test Gas1, OPERAS, Escala De Lawton Y Brody (Actividades Instrumentales De La Vida Diaria) y el Índice De Barthel: Abvd (Actividades básicas de la vida diaria), pero se tiene conocimiento que para esta población, a diferencia de lo mencionado se dan uso de instrumentos más extensos que pueden dar información más concreta y precisa con respecto a su sintomatología, siendo el caso de el "Oral Impacts on Daily Performances" (OIDP), que se traduce como Impacto de la salud oral en las actividades diarias, fue desarrollado por Adulyanon en (1996).

En México, el instrumento OIDP fue adaptado y validado para su uso en la población mexicana por Cabrera-Coria en 1999. En (2007), se llevó a cabo la validación de esta versión en adultos mayores de 60 años o más que eran derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el suroeste de la Ciudad de México. Su estudio demostró que este instrumento es adecuado para identificar las consecuencias de los problemas orales en la capacidad de los adultos mayores mexicanos para llevar a cabo sus actividades diarias habituales, este instrumento permite conocer como desde lo más simple se pueden evaluar acciones más complejas en la vida del adulto mayor (Velázquez-Olmedo, 2014).

Así mismo, el test de Depresión de Yesavage, que es un instrumento específico diseñado para la población adulta mayor, este permitió recolectar esta información precisa y se consideró una opción adecuada para abordar la problemática, ya que es ampliamente utilizado en estudios similares, lo que demuestra su validez y confiabilidad. Como se puede observar en un estudio de evaluación realizado en el año 2020, en el cual el test se aplicó en una población significativa en Argentina, los resultados obtenidos en el presente estudio revelaron que el modelo unidimensional del instrumento utilizado, compuesto por 15 ítems, mantiene una estructura y consistencia interna consistentes, independientemente de la forma en que se administre (Tartaglino et al., 2021)

Es importante mencionar que, la paciente, en las sesiones de evaluación manifestó notar cambios o alteraciones en diferentes funciones mentales, como la memoria, la orientación, el lenguaje, el reconocimiento visual y el comportamiento, lo que, como la bibliografía demuestra, afecta la actividad y la interacción social del paciente (Moreno, 2005, citado en Castrejón-Pérez et al., 2010)

La falta de criterios y guías unificados para el diagnóstico de demencia en la región latinoamericana dificulta la obtención de estadísticas precisas sobre su prevalencia. Hasta el momento, solo tres países, Chile, Brasil y Argentina cuentan con guías para el diagnóstico de demencia. Además, existen otras dificultades para obtener datos confiables, como altos niveles de analfabetismo y baja escolaridad entre la población de edad avanzada, limitaciones en el acceso a la atención médica primaria y especializada, y barreras culturales propias de cada región que dificultan el diagnóstico y manejo de esta enfermedad. Se destaca que el Mini-Mental State Examination (MMSE) sigue siendo considerado la evaluación más utilizada y precisa, con una sensibilidad del 88.3% y una especificidad del 86.2% (Lin et al., 2013).

Un punto importante para evaluar fue la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, dado que en los adultos mayores los trastornos de ansiedad y depresión representan un problema significativo en la población adulta mayor, y no son ajenos a esta realidad. En la actualidad, la depresión en este grupo de edad se ha vuelto cada vez más frecuente en las consultas médicas, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. La depresión en los adultos mayores presenta características especiales y una amplia variedad de manifestaciones clínicas (Jiménez-Puig et al., 2021).

Sin embargo, al analizar los resultados de las evaluaciones como Gas 1 y el cuestionario de depresión de Yesavage, se observó que la paciente presentaba síntomas depresivos y ansiosos. Aunque estos síntomas se manifestaban principalmente en situaciones de soledad y desaparecían cuando estaba en compañía de otros, la sintomatología ansiosa persistía sin importar el entorno. No obstante, al comenzar a vivir con su hija, la paciente experimentó una mejoría en su cuadro clínico. Según menciona la

paciente, la presencia de su hija le brindó un sentido de seguridad que necesitaba, ya que temas relacionados con su salud y futuro en su hogar le generaban constante preocupación.

Por lo tanto, este proceso de convivencia con su hija se identifica como el factor principal que contribuyó a la mejora de la paciente. Las redes de apoyo desempeñan un papel fundamental al proporcionar la asistencia necesaria para satisfacer las necesidades de las personas. Estas redes permiten la organización y asignación de roles sociales, fomentando un sentido de pertenencia y promoviendo la integración social. Especialmente en etapas avanzadas de la vida, las redes de apoyo son clave para prevenir el aislamiento y tienen un impacto significativo en la calidad de vida de las personas mayores y es importante señalar que la familia se considera la principal red de apoyo social que una persona tiene a lo largo de su vida. Cumple un papel protector frente a las demandas diarias y puede brindar amor, satisfacción, bienestar y apoyo. Sin embargo, también puede generar insatisfacción, malestar y estrés. Los cambios y problemas en la dinámica familiar pueden provocar desequilibrios emocionales y afectar la salud de manera negativa (García et al., 2008).

La importancia de abordar la depresión radica en su impacto en la atención geriátrica. Se destaca la calidad de la prevención, las diferencias en su origen y desarrollo, la complejidad del diagnóstico y el tratamiento, así como el alto riesgo asociado de discapacidad, lo que afecta gravemente la calidad de vida desde su inicio, por esta razón se trabajó dentro de la terapia grupal en el centro esta sintomatología que no se podía descartar, pero dejándola fuera del plano del plan psicoterapéutico individual. (Morales, citado en Jiménez-Puig et al., 2021).

El plan terapéutico de la paciente se fundamentó en los resultados de la batería psicológica aplicada, con un pronóstico orientado hacia el mantenimiento de sus capacidades cognitivas y la esperanza de mejorarlas. Se llevaron a cabo diversas actividades diseñadas específicamente para promover el aumento de sus funciones mentales, con el objetivo de proporcionarle un nivel de autonomía y preservar su capacidad mental a lo largo del tiempo.

Para realizar estas actividades de estimulación cognitiva, se usaron las diferentes técnicas del libro "Estimulación cognitiva y rehabilitación psicológica" enfocado en diferentes

técnicas que abarcan campos como memoria, atención y lenguaje, los principales campos a trabajar con la paciente (Marrón et al., 2009). En Cuba, una investigación de caso clínico en un paciente adulto mayor confirma la eficacia de trabajar técnicas de estimulación cognitiva, trabajar con el núcleo familiar y en un círculo de adultos mayores, En resumen, las acciones implementadas en este caso clínico tuvieron un impacto positivo en la paciente, estimulando su participación en actividades físicas, sociales y recreativas. Esto condujo a un aumento de su autonomía, la restauración de relaciones interpersonales y un mayor conocimiento por parte de su familia sobre las necesidades y capacidades del adulto mayor.

La paciente se incorporó a un círculo de adultos mayores donde interactuaba socialmente y participaba en actividades físicas y recreativas. Además, se le asignaron tareas domésticas y otras actividades sencillas cerca de su hogar. Tanto la paciente como su familia destacaron los beneficios en términos de estimulación cognitiva, comunicación y acceso a nuevos contactos. En conclusión, estas acciones mejoraron la calidad de vida de la paciente al promover su participación en diversas áreas y fortalecer su bienestar emocional, social y cognitivo (Suárez & Gross, 2019).

Se tomó en cuenta una perspectiva integrativa enfocada en la estimulación cognitiva, buscando de esta manera mantener las funciones de la paciente en el estado que se encontraban e intentar aumentarlas, pero, se debe recordar que, desde una perspectiva biológica, el envejecimiento es el resultado de la acumulación progresiva de diversos daños a nivel molecular y celular a lo largo del tiempo. Esto conlleva a un declive gradual de las capacidades físicas y mentales, así como a un mayor riesgo de enfermedades y, finalmente, a la muerte. Sin embargo, estos cambios no siguen una trayectoria lineal ni uniforme, y su relación con la edad cronológica de una persona es más bien relativa.

A diferencia de un estudio realizado en Cuenca, Ecuador, trabajado en un modelo de intervención integrativo, en este caso enfocado en la personalidad de los pacientes, demostró un resultado significativo ante las manifestaciones clínicas de ansiedad, puesto que, debido a su enfoque, disminuyeron la sintomatología mencionando que, a mayor edad de los pacientes, mayor edad existe mayor predisposición de padecer sintomatologías ansiosas, así

como la existencia de deterioro cognitivo, igualmente factores como el nivel de educación serían predisponentes. Al trabajar estos síntomas, se dieron resultados positivos, así como el mantenimiento de las funciones, mejor interacción social, familiar y disminución en la sintomatología ansiosa (González, 2019).

Una limitación significativa del estudio de caso es la falta de una evaluación psiquiátrica exhaustiva de la paciente, lo cual habría permitido corroborar el diagnóstico alcanzado. La ausencia de esta evaluación psiquiátrica constituye una brecha en la información clínica y puede plantear interrogantes sobre la precisión y la completitud de la evaluación realizada. La inclusión de una evaluación psiquiátrica habría proporcionado una evaluación integral de la paciente y habría fortalecido la validez y la confiabilidad de los resultados obtenidos. Por lo tanto, es importante considerar esta limitación al interpretar los hallazgos y conclusiones del estudio de caso.

La realización de una evaluación exhaustiva en una población con evidente disminución cognitiva o funcional se considera crucial debido a las necesidades específicas de este grupo. La aplicación de una evaluación amplia en términos de tiempo e instrumentos puede brindar una visión más completa y complementaria de los resultados obtenidos. Al considerar las técnicas de intervención aplicadas, la información recopilada a través de una evaluación minuciosa puede proporcionar una base sólida para la toma de decisiones clínicas y ayudar a adaptar los enfoques de tratamiento de manera más efectiva. Por lo tanto, se resalta la importancia de llevar a cabo una evaluación exhaustiva y detallada para informar adecuadamente el proceso de intervención en esta población.

Este caso presentaba una peculiaridad notable. La paciente, de 94 años, no presentaba alteraciones significativas en sus funciones que impidieran llevar una vida independiente sin una asistencia total o completa. Mantenía su autonomía para realizar actividades como vestirse, ducharse y alimentarse, y su capacidad de comunicación era fluida. Aunque experimentaba momentos leves de confusión en la evocación de recuerdos, a diferencia de otras personas de su misma edad, su nivel de autonomía era notablemente alto

y sus funciones cognitivas se encontraban en buen estado, lo que le permitía desenvolverse sin necesitar ayuda constante de otros.

Esto se podría explicar puesto que, a medida que las personas envejecen, se incrementan las diferencias entre ellas, debido a las diversas circunstancias histórico-sociales en las que han vivido. Estas circunstancias influyen en la forma en que se percibe la vejez y cómo se enfrenta, Fernández-Ballesteros destaca la importancia de estas influencias en la configuración de patrones específicos sobre el envejecimiento, en este caso, la vida de la paciente se encontraba basada en patrones de conductas sumisos, su día a día se basó en realizar las acciones solicitadas por su esposo y jefes de trabajos (Fernández, 2010).

Este proyecto de investigación ha brindado una perspectiva invaluable sobre cómo el logro de objetivos relacionados con la aplicación de técnicas de estimulación cognitiva, el apoyo familiar y una intervención consciente de las limitaciones del paciente pueden influir en su desenvolvimiento diario. Los resultados obtenidos han destacado cómo estas estrategias pueden contribuir de manera significativa a preservar y mejorar las funciones mentales del individuo, permitiéndole enfrentar con éxito las demandas y desafíos de su rutina diaria. La comprensión de cómo estas intervenciones influyen positivamente en la vida cotidiana del paciente ha resaltado la importancia de abordar de manera integral y personalizada las necesidades cognitivas y funcionales de cada individuo, promoviendo así su bienestar y calidad de vida.

Si se contempla el llegar a aplicar este tratamiento psicoterapéutico debe considerarse lo siguiente, el apoyo familiar del paciente es fundamental para realizar diferentes actividades en el hogar, así como red de apoyo para los procesos de su ciclo vital, el tiempo de aplicación puede aumentar, ser permanente, esto al necesitar una constante estimulación, para que, las funciones, que por la edad de los pacientes tienden deteriorarse, lo hagan de forma lenta.

Así mismo se debe mencionar que la ansiedad y el miedo están estrechamente relacionados y pueden generar diversos problemas en el bienestar de una persona. Estas emociones anticipan lo peor en una situación y pueden dar lugar a síntomas psicósomáticos que afectan las funciones fisiológicas del cuerpo. Cuando se percibe una amenaza real o

imaginada, la angustia se activa y se ponen en marcha mecanismos de defensa para evitar, enfrentar o superar dicha inquietud. Estas respuestas son racionales y están vinculadas al tipo de peligro específico al que se enfrenta (Rojas, 2014).

Podríamos explicar la activación de estos procesos, puesto que tienen como objetivo alertar al organismo y prepararlo para actuar. Existen cinco procesos clave para identificar la ansiedad: conductual, fisiológico, asertivo, psíquico y cognitivo. Estos procesos son parte del mecanismo de adaptación de una persona al responder ante una situación de riesgo, activando los mecanismos de estímulo-respuesta del entorno en el que se encuentra (Mera y Ren, 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la capacidad funcional se refiere a la combinación de habilidades físicas y mentales que una persona posee para desenvolverse en su vida diaria. Esta capacidad no solo depende de las características individuales, sino también del entorno en el que se encuentra, desde el nivel micro (hogar, comunidad) hasta el nivel macro (sociedad en general). Es decir, la interacción entre las habilidades intrínsecas de la persona y las condiciones externas del entorno determina su vinculación y participación en la comunidad.

Es importante destacar que la pérdida de funcionalidad no solo implica una alteración en la salud de la persona, sino que también refleja su participación socio-comunitaria. Desde esta perspectiva, la funcionalidad abarca desde la máxima autovalencia de una persona hasta su dependencia en diferentes aspectos de la vida (Echeverría et al., 2021).

Es importante tener en cuenta que el envejecimiento puede llevar a una disminución de las funciones cognitivas, lo cual puede tener un impacto en la funcionalidad, autonomía e independencia de las personas mayores. Efectivamente existe una relación directa entre el rendimiento cognitivo y la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria (AVD).

## Conclusiones

En conclusión, el método de evaluación utilizado en este caso demostró ser completo y apropiado al combinar entrevistas, observación y la aplicación de instrumentos específicos. Esta evaluación exhaustiva permitió obtener un diagnóstico preciso de las necesidades de la paciente, lo cual fue fundamental para diseñar un plan de psicoterapia personalizado.

La correspondencia entre la evaluación y el tratamiento refleja un enfoque integral y efectivo para abordar tanto el deterioro cognitivo como los síntomas de ansiedad en esta adulta mayor. Estos resultados respaldan la importancia de una evaluación cuidadosa y la aplicación de enfoques terapéuticos adecuados para promover el bienestar y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

El plan psicoterapéutico implementado logró alcanzar los objetivos establecidos, lo cual se reflejó en los cambios positivos observados en la paciente. La utilización de técnicas de estimulación cognitiva fue efectiva, ya que se pudo mantener sus funciones cognitivas. Las técnicas de relajación también fueron bien recibidas y contribuyeron a reducir la ansiedad. Además, las actividades de autocuidado e instrumentales jugaron un papel importante en el proceso terapéutico. En conjunto, estos enfoques terapéuticos demostraron ser eficaces y beneficiosos para la paciente, respaldando la efectividad del plan psicoterapéutico implementado.

## **Recomendaciones**

Aunque el proceso de evaluación en este caso se realizó en un número reducido de sesiones y la atención limitada de la paciente pudo haber afectado la recopilación de información, se sugiere involucrar a la familia para complementar la evaluación. Su participación puede proporcionar una visión más completa de la situación de la paciente y ayudar a recopilar información adicional.

Además, se recomienda considerar la participación de un psiquiatra u otros profesionales de la salud mental en el proceso de evaluación. Su experiencia y conocimientos pueden brindar una perspectiva más precisa o especializada sobre la situación de la paciente, lo que contribuirá a una evaluación más completa.

es necesaria mayor comprensión de las necesidades y desafíos particulares que enfrentan los adultos mayores en el ámbito de la salud mental, con el fin de diseñar intervenciones terapéuticas efectivas y adaptadas a sus necesidades específicas. Además, se recomienda crear un entorno terapéutico que se adapte a las necesidades y solicitudes individuales de cada paciente. Es importante brindar un espacio amplio y flexible donde los pacientes adultos mayores puedan participar activamente en el proceso de tratamiento y expresar sus preferencias y necesidades.

## Referencias

- Aguilar, S., Gutiérrez, L., & Samudio, M. A. (2018). Estimulación de la atención y la memoria en adultos mayores con deterioro cognitivo. In *Permanyer México*.
- Alma Rosa Cortés, N., Enrique Villarreal, R., Liliana Galicia, R., Lidia Martínez, G., & Vargas Emma Rosa, D. (2011). Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Revista Medica de Chile*, <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000600005>
- Ardila, A. (2012). Guía para el diagnóstico psicológico. *Diagnóstico Neuropsicológico*.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (2012). Ansiedad: una condición común pero multifacética. In *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*.  
[https://www.srmcursos.com/archivos/arch\\_5847348cec977.pdf](https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf)
- Becker, F. G., Cleary, M., Team, R. M., Holtermann, H., The, D., Agenda, N., Science, P., Sk, S. K., Hinnebusch, R., Hinnebusch A, R., Rabinovich, I., Olmert, Y. (2015). Manual de entrevista psicologica. In *Syria Studies* .  
[https://www.researchgate.net/publication/269107473\\_What\\_is\\_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars\\_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625](https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625)
- Calderón M., D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista medica herediana : organo oficial de la Facultad de Medicina "Alberto Hurtado", Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru*. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Castrejón-Pérez, R. C., Borges-Yáñez, S. A., & Irigoyen-Camacho, M. E. (2010). Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 27(5), 321–329. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892010000500001>
- Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11>.
- Diego Lazo González. (2019). *Plan de intervención psicoterapéutico grupal, desde el modelo integrativo en la personalidad, para disminuir síntomas de ansiedad*

*en pacientes que asisten al seguro social del adulto mayor del IESS.*

- Echeverría, A., Cauas, R., Díaz, B., Sáez, C., & Cárcamo, M. (2021). Tools for the evaluation of daily life activities instrumental in adults: systematic review. *Revista Medica Clinica Las Condes*, 32(4), 474–490. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.01.012>
- Fernández R. (2010). *Ridep Nº 30, Vol. 2 Envejecimiento Activo. Contribuciones De La Psicología*. 2(2009), 163–166.
- García Grau, E., Fusté, A., & Bados, A. (2008). Manual de Entrenamiento en Respiración. *Universidad de Barcelona*.  
<http://hdl.handle.net/2445/3941%5Cnhttp://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/3941>
- Franco-Fernández, M. D., & Antequera-Jurado, R. (2009). Trastornos de ansiedad en el anciano. *Psicogeriatría*, 1(1), 37-47.
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psychoeducation in mental health: a tool for families and patients. *Revista Medica Clinica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Gutiérrez, Carrillo PI; Jiménez, González MJ; Galindo, S. J. (2017). *Musicoterapia Y La Memoria*. 16(201), 36–42.
- Heredia, M., & Padilla, M. (2012). Evaluación de los recursos psicológicos. *Uaricha Revista de Psicología*. [http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha\\_0919\\_001-019.pdf](http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_0919_001-019.pdf)
- J. Martínez De La Iglesia, C. Onís Vilches, R. D. H., & Colomer C., Aguado C. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, 45(11), 1206–1212. <https://doi.org/10.1111/1440-1681.13007>
- Jiménez-Puig, E., Fernández-Fleites, Z., Broche-Pérez, Y., León-Ramos, J. C., Rodríguez-Carvajal, G., Rodríguez-Martín, R., & Pérez-Leiva, B. D. (2021). Índices de capacidad funcional, ansiedad y depresión en una muestra de adultos mayores de Santa Clara. *Index of Functional Capacity, Anxiety and Depression in a Sample of Older Adults from Santa Clara.*, 17(33), 223–244.

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=153201103&site=ehost-live>

- Krebs, M., González, L. M., Rivera, A., Herrera, P., & Melis, F. (2012). Adherencia a psicoterapia en pacientes con trastornos de ansiedad. *Psykhē*, 21(2), 133–147.  
<https://doi.org/10.7764/psykhe.21.2.550>
- Lin, F., Yaffe, K., Xia, J., Xue, Q., Harris, T., Purchase-Helzner, E., Satterfield, S., Ayonayon, H. N., Ferrucci, L., & Simonsick, E. M. (2013). Hearing loss and cognitive decline in older adults. *JAMA Internal Medicine*, 173(4), 293–299.  
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.1868>
- López, E., Benítez, G., León, M., Maji, P., Domínguez, D., & Báez, D. (2019). Observation. First step of the clinical method. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2), 1–9.
- Margarita Saucedo, M. (2019). Autocuidado del adulto mayor. In *Autocuidado de la salud*.  
<https://doi.org/10.2307/j.ctvdmx0r0.18>
- Marrón, E. M., Alisente, J. L. B., Izagirre, N. G., Rodríguez, B. G., Lubrini, G., Morales, J. A. P., Lago, M. R., Cubillo, I. S., Ustárroz, J. T., & Cardoso, A. Z. (2009). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*.
- Martínez, L., Olvera, G., & Villarreal, E. (2018). Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en adultos mayores. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 26(2), 99–104.
- Mera, A., Santiago, C. M., & Ren, V. G. (2018). Intervention with physical-recreational activity to anxiety and depression in the elderly. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 31(1), 47-56
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Demencia*. Recuperado 20 de mayo de 2022, de Organización Mundial de la salud website: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Rodríguez, M., Privado, J., Escorial, S., & J. Román, F. (2022). Validación de la Escala de Evaluación General de la Personalidad (OPERAS) en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação*

*Psicológica*, 64(3), 41–55. <https://doi.org/10.21865/ridep64.3.04>

Rodríguez, I. (2017). El Mini Mental State Examination no es la única prueba cognitiva útil para la detección de demencia. *Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria*, 20(2).

Rodríguez, T., Ayala, M., Ortiz, M., Ordoñez, M., Fabelo, J., & Iglesias, S. (2019).

Caracterización de las condiciones de salud de los adultos mayores en Centros Geriátricos de la ciudad de Loja. Ecuador, 2017. *Revista Habanera De Ciencias Medicas*, 18(1), 138–139. <https://n9.cl/iieg>

Rojas, E. (2014). Cómo superar la ansiedad. En S. L. Víctor Igual, La obra definitiva para vencer el estrés. Barcelona:Editorial Planeta

Salazar, T. B. y M. (2010). Escala Geriátrica de Ansiedad GAS-1 de Segal y Payne.

*Compendio de Instrumentos de Medición*, 564, 1–73.

Silverman., L. M.-V. J. C. R. D. V. A. H. R. M. S. B. J. (2017). *Desempeño de la prueba “Mini-Mental State Examination” en personas adultas mayores sin deterioro cognitivo*. 1–23.

Suárez Cid, L., & Gross Tur, R. (2019). Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. *Revista Información Científica*, 98(1), 88–97.

<http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2120>

Tartaglini, M., Hermida, P., Ofman, S., Feldberg, C., & Hoffmann, A. (2021).

CuestionariodeDepresiónGeriátricodeYesavageabreviado(GDS-VE):AnálisisdesuestructurainternaenadultosmayoresresidentesenBuenosAires,Argentina. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 11(2), 99–121.

Tortella-Feliu, M., Aguayo, B., Sesé, A., Morillas-Romero, A., Balle, M., Gelabert, J. M.,

Bornas, X., & Llabrés, J. (2012). Efectos del temperamento y los estilos de regulación emocional en la determinación de estados emocionales negativos. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 40(6), 315–322.

Valero-Merino, C., & Sánchez-Roy, R. (2023). Demencia. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(74), 4345-4359.

Velásquez-Olmedo LB, Ortíz-Barríos LB, Cervantes-Velásquez A, Cárdenas-Bahena A,

García-Peña, S.-G. S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos

mayores. Instrumentos de evaluación. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social.*, 52(55), 448–456. <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im144t.pdf>

Zuriqúe Sánchez, C., Cadena Sanabria, M. O., Zuriqúe Sánchez, M., Camacho López, P. A., Sánchez Sanabria, M., Hernández Hernández, S., Velásquez Vanegas, K., & Ustate Valera, A. (2019). Prevalencia de demencia en adultos mayores de América Latina: revisión sistemática. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 54(6), 346–355. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.12.007>