



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Estudio de caso: Intervención integrativa en adulto
mayor con episodio depresivo leve-síndrome somático,
residente en casa hogar**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Llivigañay Ríos, María de los Ángeles

Director: Mendoza Armijos, Ximena Fernanda

LOJA

2023



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

2023

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 15 de junio del 2023

Magister

Gianella Lisseth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad.-

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Estudio de caso: Intervención integrativa en adulto mayor con episodio depresivo leve-síndrome somático, residente en casa hogar, realizado por María de los Ángeles Llivigañay Ríos, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Mgtr. Ximena Fernanda Mendoza Armijos.

C.I.: 1103685705

Correo electrónico: xfmendoza@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, María de los Ángeles Llivigañay Ríos, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:
Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: Estudio de caso: Intervención integrativa en adulto mayor con episodio depresivo leve-síndrome somático, residente en casa hogar, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: datos de identificación, motivo de consulta, historia de la enfermedad, proceso de evaluación, proceso diagnóstico, metodología, resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo Ximena Fernanda Mendoza Armijos, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación 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 de los Ángeles Llivigañay Ríos.

C.I.: 1105718736

Correo electrónico: malliviganay@utpl.edu.ec

Dedicatoria

A Dios quien me ha guiado en toda mi vida y jamás me ha abandonado. A mi madre quien ha sido mi pilar y fuente constante de apoyo, aliento y amor incondicional a lo largo de este arduo camino. A mi padre que con su dedicación y sacrificio me ha permitido seguir con mis estudios y cumplir con un logro más académico, así como al resto de mi familia, y amigos por creer en mí y motivarme a crecer siempre.

Agradecimiento

Agradezco infinitamente a mi querida profe Ximenita, por su valiosa guía, sabiduría y paciencia durante todo el proceso de elaboración del presente trabajo. A mi familia, amigos y seres queridos, por estar siempre a mi lado, brindándome su apoyo y comprensión durante estos años de estudio. A mis compañeros que se convirtieron en mis amigos, con quienes compartí momentos inolvidables, juntos enfrentamos los retos académicos y nos apoyamos para alcanzar todas nuestras metas. Así mismo, agradezco a todas las instituciones que me permitieron realizar mis prácticas preprofesionales a lo largo de la carrera, y en especial a la casa de acogida, por facilitar el acceso a los recursos necesarios para llevar a cabo mi sistematización.

Índice de contenido

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>	8
1.1.3 <i>Historia del problema y descripción de la sintomatología</i>	9
1.2 Proceso de evaluación	11
1.3 Proceso diagnóstico	15
1.3.1 <i>Diagnóstico presuntivo</i>	15
Metodología.....	22
2.1 Tratamiento/Intervención.....	22
2.1.1 <i>Objetivos terapéuticos</i>	22
2.1.2 <i>Plan de tratamiento/intervención</i>	22

Capítulo tres	42
Resultados	42
Discusión.....	46
Recomendaciones.....	53
Referencias	54

Índice de tablas

Tabla 1 Instrumentos aplicados.....	14
Tabla 2 Plan Terapéutico	23
Tabla 3 Ficha de observación.....	42

Índice de figuras

Figura 1 Genograma	7
---------------------------------	----------

Resumen

En este caso clínico se describe la atención psicológica brindada a una adulta mayor residente de una casa hogar con un cuadro depresivo leve con síndrome somático, trastorno del sueño y dificultades relacionadas con la vida en la institución. Para abordar esta situación, se implementó un enfoque terapéutico integral que incorporó diversas técnicas, como psicoeducación, activación conductual de Jacobson, técnica conductual de ensayo de conducta y estimulación cognitiva. El objetivo era aumentar la conciencia sobre la enfermedad y sus cuidados, fomentando la adaptabilidad del paciente y reduciendo los problemas relacionados con el sueño. El pronóstico inicial y final que se evidencia se cataloga como desfavorable debido a factores de riesgo como la estancia en la institución, la falta de apoyo familiar, las condiciones médicas y el entorno circundante. Sin embargo, tras la intervención psicológica, se observaron resultados favorables en términos de la conservación del estado cognitivo, la calidad del sueño, conciencia sobre su enfermedad y etapa de vida. En conclusión, mediante la evaluación y diagnóstico que se llevó a cabo, se logró elaborar un plan psicoterapéutico que logró resultados favorables.

Palabras clave: adulto mayor, institucionalización, depresión.

Abstract

This clinical case describes the psychological care provided to an elderly resident of a nursing home with a mild depressive condition with somatic syndrome, sleep disorder and difficulties related to life in the institution. To address this situation, a comprehensive therapeutic approach was implemented incorporating various techniques, such as psychoeducation, Jacobson's behavioral activation, behavioral rehearsal technique and cognitive stimulation. The aim was to increase awareness of the disease and its care, promoting patient adaptability and reducing sleep-related problems. The initial and final prognosis evidenced was categorized as unfavorable due to risk factors such as stay in the institution, lack of family support, medical conditions and the surrounding environment. However, after psychological intervention, favorable results were observed in terms of preservation of cognitive status, sleep quality, awareness of their disease and stage of life. In conclusion, through the evaluation and diagnosis carried out, a psychotherapeutic plan was developed that achieved favorable results.

Key words: elderly, institutionalization, depression.

Introducción

En las últimas tres décadas, se ha evidenciado un proceso de envejecimiento demográfico a nivel global, abarcando también a los países latinoamericanos, los cuales han sido reconocidos históricamente por tener una población mayormente joven (Leeson y Klein, 2022).

El envejecimiento es considerado como el proceso natural e irreversible, con constantes cambios internos y externos, tanto físicos, psicológicos y sociales, siendo estos, la disminución de la función cognitiva, incapacidad de realizar sus actividades diarias, inestabilidad emocional, lo que desencadena una serie de conflictos que provocan malestar en los adultos mayores (Flores et al., 2019).

El término “adulto” significa crecer o madurar, mientras que el término “mayor” hace referencia a la edad, es decir a los años de vida llenos de experiencia y aprendizaje. Sin embargo, es importante resaltar que, en La Ley Orgánica de las personas adultas mayores del año 2019 de nuestro país, se establece que una persona mayor es aquella que ha cumplido los 65 años, mientras que para la Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020 un adulto mayor es considerado a partir de los 60 años de edad.

Se conoce que la población adulta mayor, se ha incrementado en pasos acelerados, como resultado de una mayor longevidad y menores tasas de mortalidad. Pues, a nivel mundial dos personas llegan a la tercera edad cada segundo, es decir, en la actualidad hay 810 millones de adultos mayores (El Salous et al., 2020). Incluso, basándonos en los datos del Instituto de Estadísticas y Censos (INEC), se esperaba que este grupo etario alcance los 1,3 millones para finales del 2020, es decir aumentaría el 33% respecto en el último censo de población y vivienda del año 2010 (Noriega y Ortiz, 2021) Sin embargo, en la actualidad en Ecuador existen 1.229.089 adultos mayores, siendo 53,4% mujeres y 46,6% hombres (El Salous et al., 2020).

Los adultos mayores como parte de su proceso de vida, van experimentando y viviendo diversos acontecimientos que pueden ser causantes de cualquier patología mental, como lo es la pérdida de funciones motoras y psicológicas y como no, de varios de sus

familiares y amigos, así también, en ocasiones se auto perciben como menos atractivos, dependientes, ineficientes y emocionales (Noriega y Ortiz, 2021; Pramanik y Biswal, 2020).

Según Zanchettin y Mangini (2020), los efectos del envejecimiento, tanto a nivel físico como en términos de enfermedades, pueden tener un papel que origine la depresión en individuos de edad avanzada. En la actualidad, la depresión se reconoce como un importante desafío de salud pública, afectando aproximadamente a 154 millones de personas en todo el mundo. Investigaciones señalan que los adultos mayores presentan una incidencia más alta de depresión, existiendo una relación significativa con la edad, etnia y actividad física. De esta manera la OMS (2018), la define como un trastorno mental caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Es por ello, que en el adulto mayor esta patología debería de ser un tema considerado, ya que en esta etapa representa una importante carga de malestar tanto para él, cómo para su familia y para las instituciones en donde resida.

Esto se evidencia en un estudio realizado en Latinoamérica enfocado en la relación de variables, siendo estas, la soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores, en donde, se demostró que la presencia o no de patologías, existencia o no de pareja, y el vivir solo o acompañado pueden considerarse como factores predisponentes al desarrollo de depresión (Noriega y Ortiz, 2021).

Lamentablemente en Ecuador, existen limitados estudios en adultos mayores, y los mismos, han sido realizados en pacientes hospitalizados o residentes de asilos, en los que se ha demostrado que el 70% de la población dispone de cuadros depresivos, así como afectación en su autoestima, y funcionalidad familiar, principalmente en mujeres adultas mayores, quienes son más predisponentes a situaciones poco favorables (Noriega y Ortiz, 2021).

Por ello, es importante que dentro de las investigaciones que se realicen dentro de este grupo etario se analicen y distinguan los diversos componentes que repercuten en el correcto desarrollo del adulto mayor, resaltando que no solamente se deben de basar en la

cantidad de años que vivan sino también en la calidad de los mismos (Arias y Soliveréz, 2019).

En la Constitución de la República del Ecuador (2018) se resalta que los adultos mayores son un grupo de atención prioritaria, por ello deben recibir atención especializada de calidad. Esta situación ha dado lugar a un aumento en la demanda de servicios especializados y específicos, un ejemplo de ello son las residencias destinadas a personas de edad avanzada (García et al., 2021).

Según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (2015), los centros geriátricos residenciales son establecimientos que ofrecen servicios en función de acogida, atención y cuidado a personas mayores (65 años o más), con el propósito de velar por su bienestar físico, social y psicológico, considerando que se entiende por bienestar psicológico a la autopercepción respecto al desarrollo de sus capacidades tanto individuales como sociales.

Cabe recalcar, que el tomar la decisión de institucionalizar a un padre, madre, abuelo, abuela, u otro familiar de edad avanzada, no es una tarea sencilla, pues, se requiere de un consenso entre el cuidador y la persona mayor, asegurándose de que sea la elección adecuada para ambas partes. En ocasiones, la institucionalización es necesaria debido a ciertas enfermedades físicas o mentales que afectan al adulto mayor (Martínez, 2019).

En algunos casos, como consecuencia de la institucionalización, se puede dar el olvido y abandono por parte de los familiares, resultando en la soledad percibida por parte del adulto mayor, generando consecuencias negativas en el bienestar general y en la reducción gradual de diversas funciones biológicas, cognitivas o sensoriales y, con ella, una mayor vulnerabilidad a variados agentes o factores patógenos, e incluso en la mortalidad (Espinoza et al., 2020). La soledad emocional hace referencia a la carencia de un vínculo cercano, mientras que la soledad social se refiere a la falta de una red social satisfactoria. Por lo tanto, contar con una salud mental óptima no solo nos ayuda a incrementar nuestra eficiencia, sino también a fortalecer nuestras conexiones sociales, mejorar nuestra condición física y mantener una actitud positiva frente a las adversidades (Dahlberg et al., 2021).

Es por ello, que el envejecimiento activo implica preservar la salud y mantener el control de las actividades diarias de los adultos mayores. Esto puede resultar en una mayor calidad de vida, manifestada a través de una visión positiva de su posición en la vida, en el marco de su contexto cultural y en la relación con sus metas, expectativas, preocupaciones y deseos (Davino de Medeiros et al., 2020).

En contraste, la vejez conlleva implicaciones desfavorables, como la disminución de agilidad en ciertas tareas y la pérdida de la memoria a corto plazo, entre otros aspectos. Estos factores pueden aumentar la vulnerabilidad de las personas mayores, generando una sensación de impotencia y obstaculizando el alcanzar un proceso de envejecimiento satisfactorio (Pramanik y Biswal, 2020; Sjøli Bråthen et al., 2021).

Es por ello, que con el presente caso contribuyo a la sociedad, y a futuras generaciones universitarias, ya que, este viene siendo un estudio enfocado en adultos mayores con patología depresiva, situación que como se mencionó anteriormente existe una escasez de información en cuanto a teoría e intervención psicológica en este grupo etario.

El trabajo contiene tres capítulos, en el primero se presenta el marco teórico, el mismo que contiene la presentación del caso, evaluación y proceso diagnóstico; en el capítulo dos, se muestra el tratamiento (plan psicoterapéutico); y finalmente, en el capítulo tres se exponen los resultados, discusión con otras investigaciones, conclusiones y recomendaciones.

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

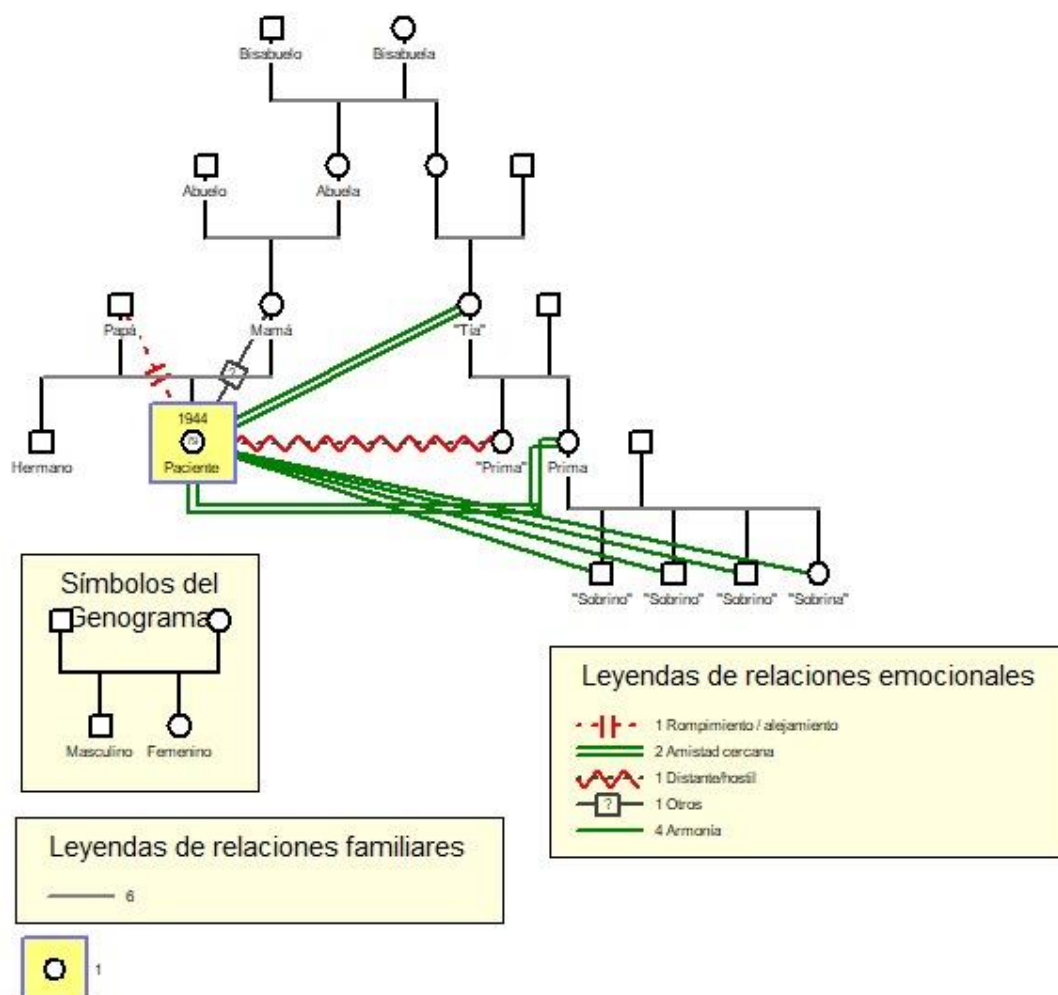
Paciente N.N de sexo femenino, nacida en la ciudad de Puyango (Vicentino) en Julio de 1944, de estado civil soltera, con instrucción académica básica e interrumpida. Actualmente, tiene 78 años, fue residente en casa de acogida, sin embargo, sus familiares decidieron llevarla nuevamente a su lugar de residencia, Catamayo.

Proviene de una familia monoparental formada por su padre y su hermano a raíz de la muerte de su madre cuando ella tenía 2 años de edad. No obstante, con el paso del tiempo, la paciente pasa a ser parte de una familia ampliada, quedando como tutora y encargada su tía “prima de la mamá”, a causa del abandono de su padre.

Practica la religión católica y se ha desempeñado toda su vida como ama de casa. Se caracteriza por ser una persona colaborativa, empática, amable, dispuesta al diálogo. Lamentablemente no cuenta con familiares directos, y por ello, no recibía visitas, solamente llamadas. Su pasatiempo favorito es tejer, y realizar actividades lúdicas.

Figura 1

Genograma



Nota. En la presente figura se evidencia el genograma familiar correspondiente a la paciente y a las relaciones familiares de la misma.

1.1.2 Motivo de consulta

Paciente de 83 años de edad, manifiesta que

Paciente de 78 años de edad, manifiesta que fue llevada hacia la casa de acogida por decisión de su tía y sobrinos debido a los cuidados que amerita su patología médica. Además, manifiesta el “no poder dormir con facilidad” a partir de su estancia en la institución, por lo que su médico de cabecera inicia tratamiento farmacológico en base a zopiclona. De la misma

manera comenta: “soy inútil, ya no tengo la misma habilidad”, “quiero ir a mi casa en Catamayo, porque sé que allí voy a mejorar”, “cuando no puedo dormir pronto en eso pienso siempre” “el clima de allá es más caliente, y eso me ayudará”. Así mismo, se evidencian síntomas depresivos, como labilidad emocional, pérdida de peso y de energía, teniendo en cuenta que la paciente llevaba una vida muy activa según menciona, sin embargo, en la actualidad, si desea realizar algún movimiento que demande esfuerzo tiene que hacerlo en compañía.

En la entrevista se muestra completamente lúcida en sus funciones mentales, sin embargo, se evidencia la presencia de tristeza y aflicción, en su expresión facial, el contacto visual directo sólo se dio por momentos, permaneciendo con la mirada hacia otro lado la mayor parte del tiempo. A pesar de ello, muestra gran empatía, disponibilidad y diálogo abierto. Mantiene buen aspecto físico, vestimenta adecuada de acuerdo al clima de su residencia. Higiene personal adecuada y cuidada, y en cuanto a la postura corporal lució ligeramente encorvada, esto, tomando en cuenta la edad de la paciente. En el diario vivir, la paciente se encuentra atenta ante las situaciones que se puedan presentar, se sitúa la mayoría del tiempo en la sala de estar junto a los demás residentes.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

La paciente indica que durante toda su infancia y adolescencia no experimentó ninguna molestia a nivel físico o mental. Sin embargo, en septiembre del 2021 a sus 77 años de edad, empieza con molestias y dolores de estómago y riñón por lo que su familia decide traerla a Solca. En octubre fue diagnosticada con LNH folicular CD20+ EC IBX, con su respectivo tratamiento (quimioterapia), lo que obliga a la paciente a ser residida en Loja con su sobrino. Cabe destacar que cuando la paciente fue informada sobre su diagnóstico ella menciona haber reaccionado de manera “relajada y tranquila”, siendo esta, una reacción no acorde a su estado de salud.

A finales de diciembre de dicho año, la paciente adquiere una neumonía lo que provoca su inmediata hospitalización en Solca, con una orden estricta del uso de oxígeno por algunos días, influyendo en que su familia y encargados tomen la decisión de ingresarla a

casa de acogida a partir del 07/01/2022, debido a los cuidados que demanda su salud (medicamentos, no poder subir gradas, atención médica). Además, comenta que no estaba de acuerdo con la decisión que habían tomado, sin embargo, la aceptó.

Con respecto a la estancia en el centro, paciente menciona que se acopló con facilidad, ya que al principio mantenía contacto (visitas y llamadas) con su familia (sobrinos, tía, como ella los denomina), sin embargo, en la actualidad, no la visitan con frecuencia, destacando que, si ella necesita algo, ellos siempre responden a sus llamados. La relación de la usuaria con los demás residentes es muy buena, menciona: “hablo con los que pueden hablar, y cuando hablamos, hablamos de nuestras anécdotas, de lo que hacíamos antes de entrar aquí”. A pesar de ello, la paciente refiere el tener la esperanza de “curarse”, y poder retornar a su hogar, es decir, no mantiene conciencia plena de la enfermedad, mencionando “me despierto pensando en que me pondría más durita en mi casa, en Catamayo, en ves de aquí, hasta el clima me ayudaría”, siendo estos pensamientos intrusivos la posible causa de la pérdida del sueño, por lo que su médico inicia tratamiento farmacológico con zopiclona ¼ de pastilla a las 10pm.

Actualmente, la paciente dentro de la casa de acogida toma sus medicamentos con normalidad, además, menciona: “cuando me hacen la quimioterapia, 3 días paso como dormida y sin ganas de nada”, siendo estas, reacciones de dicho tratamiento.

Paciente menciona que hace unas semanas la doctora le manifestó: “aún faltan varias quimioterapias para que la macilla reduzca”, lo que ha producido preocupación y angustia en ella, puesto que tiene la esperanza de que desaparezca completamente. Cabe destacar el hecho de que se atribuye el adjetivo calificativo de ser inútil ya que, actualmente no puede realizar muchas actividades por su propio medio, incluso necesita compañía y apoyo porque teme caerse. Sin embargo, en las entrevistas que se ha tenido con la paciente, demuestra ser una persona abierta al diálogo, dispuesta a participar en cualquier actividad, orientada y comunicativa.

En la entrevista inicial, la adulta mayor refiere que desde hace cuatro o cinco meses presenta sentimientos de tristeza, se siente decaída, y expresa que al recordar las buenas

condiciones de salud que gozaba se le es muy fácil el llorar, todo esto, acompañado de que ya no ha recibido visitas familiares y como consecuencia de ello, manifiesta que se siente sola y desea volver a su hogar.

Como factores de riesgo del presente caso podemos evidenciar su patología médica, el lugar de residencia, la falta de apoyo e interacción social (familia), la fragilidad física, inmovilidad, polifarmacia y la dependencia a sus cuidadores. Entre los factores protectores que pudimos analizar se encuentran la atención y cuidado médico especializado, el entorno físico adecuado (seguro y cómodo frente a las necesidades de la paciente), la comunicación y disposición de la paciente, el trabajo en equipo multidisciplinario, y las actividades recreativas (realizadas por practicantes de las carreras de psicología clínica y fisioterapia).

1.2 Proceso de evaluación

Se realizaron 3 sesiones con respecto al proceso de evaluación psicológica, el cual, tuvo una duración de dos semanas. Para ello, se utilizaron algunas técnicas e instrumentos, como la observación, la entrevista, y la aplicación de instrumentos psicométricos, para la posterior elaboración del plan terapéutico. Todo lo anteriormente mencionado, se pudo realizar, mediante la aprobación del consentimiento informado por parte de la paciente.

Por otro lado, mediante el análisis de la historia clínica médica y los distintos documentos que se disponía en la casa hogar, se pudo recolectar información sobre su diagnóstico médico y el tratamiento farmacológico a base de sedante hipnótico y ansiolítico (zopiclona).

1.2.1 Entrevista con la paciente

Las entrevistas clínicas, son las primeras interacciones profesionales que se ejercen con el paciente. Es el instrumento más extendido y empleado a lo largo de los años dentro del área de psicología clínica para poder complementar la historia clínica del paciente y delimitar la sintomatología del mismo (Fernández-Ballesteros., 2013).

La comunicación en las entrevistas varía según el tipo de entrevista que se utilice ya sea: estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas. En efecto, la entrevista permite a

los individuos expresarse desde su propia perspectiva y con sus propios términos, lo que la convierte en una herramienta eficaz para la tarea del investigador cualitativo (Lopezosa y Codina, 2022; Villareal y Cid, 2022).

Cabe resaltar, que, resulta esencial aplicar el tipo de entrevista que más convenga según las necesidades del estudio a desarrollar, es por esto que, debido a la intermedia rigidez y baja formalidad, las entrevistas semiestructuradas son probablemente una de las más utilizadas por su versatilidad, es decir, el entrevistado puede contestar de forma abierta evitando así la elección de respuestas específicas o cerradas. Los resultados son menos sistemáticos, pero la información puede llegar a ser una gran riqueza debido a que pueden expresarse en sus respuestas (Lopezosa y Codina, 2022).

Primera entrevista: Se realizaron una serie de preguntas tanto abiertas como cerradas con la finalidad de recabar datos e información específica sobre la paciente, como lo son sus datos generales, situación e historia médica (motivo de su estancia en casa hogar).

Segunda entrevista: Se utilizaron una serie de preguntas con respecto a su historia personal, familiar y social, se hizo uso del diálogo empático, con el fin de demostrar escucha activa, tomando en cuenta que la paciente mencionó el no tener con quien hablar, y la necesidad de querer ser escuchada. En dicha entrevista, se pudieron detectar los factores de riesgo como lo son la soledad, falta de consciencia de la enfermedad y demás, que influyen negativamente en el pronóstico del tratamiento terapéutico.

Tercera entrevista: Se aplicaron dos instrumentos psicológicos, con el fin de evaluar a la residente, teniendo como base las anteriores entrevistas, los cuales fueron: Minimal State Examination y la Escala de Depresión Geriátrica- Test de Yesavage.

1.2.2 Observación clínica

La psicología se basa en el análisis tanto de rasgos psicológicos, como del estilo emocional que definen al individuo, con el objetivo de explicar su comportamiento bajo un patrón de conducta observable y poder predecir su capacidad de interacción en un futuro. Dichas implicaciones justifican la necesidad de evaluar las dimensiones de la personalidad desde su vertiente normal y en un contexto habitual del individuo, sin tener que hacer uso del

diálogo. Los psicólogos clínicos deben ser sensibles hacia los aspectos que el paciente manifiesta tanto indirecta y abiertamente, puesto que en muchos casos suele ser la información más relevante (Deus y Deví, 2019).

Además, es crucial tener en cuenta la edad con la que se trabaja. Los adultos mayores suelen ser más reacios a cuestionarios y baterías sumamente estructuradas, por lo tanto, la observación clínica y como no, la entrevista, son instrumentos mucho más aceptables y aplicables en estos casos (Deus y Deví, 2019).

Es por ello, que mediante la observación y entrevista de funciones mentales se puede decir que la paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona, tiene capacidad de atención normal (euprosexia); memoria anterógrada, y retrógrada aparentemente normales; en cuanto al pensamiento, su curso y estructura no están afectados, sin embargo, el contenido si (ideas intrusivas); tono y ritmo de voz normal. No se evidencia tartamudeo, balbuceo, o disartria; en cuanto a afectividad se evidencia labilidad emocional, tristeza, y sentimientos de aflicción; sugestionabilidad hacia la recuperación de sus patologías médicas, y también correspondiente a la residencia en casa hogar; el área de motricidad no refleja alteración; en base a los instintos, existe dificultad para conciliar el sueño, bajo tratamiento médico. Razonamiento lógico, de acuerdo a las circunstancias y estado de la paciente; buen aspecto físico, vestimenta adecuada de acuerdo al clima de su residencia. Higiene personal adecuada y cuidada.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Se aplicaron dos instrumentos psicológicos, a partir de la información que se obtuvo y de las conductas observadas. La aplicación se realizó en dos sesiones, siendo dirigidas por el terapeuta debido a las condiciones médicas que en ese momento presentó la paciente.

Mini Mental State Examination, también denominado MMSE, es una herramienta ampliamente utilizada debido a su indagación de alteraciones cognitivas. Está compuesto por un conjunto de actividades básicas que pretenden evaluar varios dominios cognitivos, como lo es la orientación (en tiempo y lugar), memoria a corto y largo plazo, atención, lenguaje (comprensión verbal y escrita, expresión verbal, repetición y articulación, y expresión escrita),

praxias (por comando escrito y verbal) y habilidad visoconstructiva. Cabe resaltar que su confiabilidad es un alfa de Cronbach de 0.809. Es importante mencionar que la cultura, edad y escolaridad, pueden llegar a ser variables que influyan en el desarrollo del test (Martino et al., 2020).

La **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage** también denominada GDS, fue creada en el año de 1983, contenía 30 ítems que valoraban los síntomas de la depresión en adultos mayores. Posteriormente se desarrolló una escala abreviada de 15 ítems siendo validada en diversos países. Presenta una confiabilidad de 0.97 en el alfa de Cronbach. De hecho, se han elaborado versiones más cortas de hasta cinco ítems, que cuentan con una consistencia interna de 0,73 y una estructura unidimensional, mientras que la escala de 15 ítems cuenta con una confiabilidad mayor y dos factores que confirman su validez de constructo. En este caso se aplicó la versión de 15 ítems que lleva un patrón de respuesta dicotómico, es decir, sí o no, e investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días. Cabe mencionar que excluye los síntomas depresivos somáticos, debido a que ellos, se presentan con frecuencia en adultos mayores, y esto, podría limitar la validez del cuestionario. El tiempo aproximado para la aplicación de la escala es de 5 a 7 minutos (Gómez y Campo, 2010).

Tabla 1

Instrumentos aplicados

Instrumentos	Resultado cuantitativo	Interpretación
Minimental State Examination	34 puntos	Ausencia de un deterioro cognitivo
Escala de Depresión Geriátrica- Test de Yesavage	8 puntos	Presencia de síntomas depresivos leves.

Nota. Instrumentos, resultados cuantitativos e interpretación.

Minimental State Examination: con la puntuación que obtuvo que fueron 34 puntos, se refleja el no tener un deterioro cognitivo, el estar orientada en tiempo, espacio y persona, el disponer de una buena atención y cálculo, el mantener una memoria intacta a corto plazo, ya que recordó los objetos que se mencionó (papel, bicicleta y cuchara), sin embargo, la

memoria a largo plazo al parecer puede estar teniendo indicios de afectación ya que no logró recordar un objeto (bicicleta) después de un tiempo, y este hecho fue el que hizo que su puntuación no sea perfecta, sin embargo, esta es una situación normal teniendo en cuenta la edad y condición de la paciente, es decir, no es un signo de alarma.

Escala de Depresión Geriátrica-Test de Yesavage: al utilizar este instrumento con la paciente, los resultados obtenidos fueron de 8 puntos, lo que quiere decir que efectivamente existe la presencia de síntomas depresivos leves como lo son el abandono de tareas habituales, sentimientos de que su vida está vacía, aburrimiento y sin energía, se percibe como una persona inútil y señala el no encontrarse de buen humor la mayor parte del tiempo. Cabe resaltar, que dichos síntomas se han presentado en la paciente a partir de su segundo mes dentro de la casa hogar, y se han aumentado paulatinamente, conforme el paso del tiempo.

1.3 Proceso diagnóstico

El proceso diagnóstico se llevó a cabo mediante distintas técnicas y recursos como lo fueron la entrevista, observación clínica, historia clínica médica, aplicación de reactivos psicológicos, lo que me permite llegar a considerar los siguientes diagnósticos, presuntivos, diferenciales y definitivo, teniendo como referencia la CIE-10, expuestos a continuación.

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

El diagnóstico psicológico presuntivo es una evaluación preliminar realizada en el campo de la psicología, con el fin de identificar y plantear varias hipótesis acerca del trastorno o condición psicológica que posiblemente está presente en un individuo. Para ello, es relevante considerar que dicho diagnóstico constituye la fase inicial en el proceso de evaluación y diagnóstico, puesto que se requiere de más información y evaluación para corroborar o descartar el diagnóstico (Bertini, 1981).

Es por ello, que acuerdo con los síntomas presentados en la paciente, se ha establecido los siguientes diagnósticos:

- **F32.01 Episodio Depresivo Leve con síndrome somático.**

- **F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada.**
- **F41.2 Trastorno mixto ansioso depresivo.**
- **F43.21 Trastorno de adaptación con reacción depresiva prolongada.**
- **F51.01 Trastorno de Insomnio.**
- **Z59.3 Problema relacionado con la vida en una residencia institucional.**

1.3.2 Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico diferencial se define como el proceso de discernir entre diferentes trastornos o condiciones que pueden compartir sintomatología similar. Este proceso implica una evaluación minuciosa de la información clínica disponible y una comparación de los criterios diagnósticos de cada trastorno, con el fin de llegar a un diagnóstico preciso American Psychiatric Association [APA], 2014.

Es así como el diagnóstico diferencial fue realizado en base a la CIE-10. A continuación en este apartado se señalarán las razones por las que se desiste de dicha patología:

F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada: la paciente cumple con el criterio A: Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria., dentro del criterio B cumple con un síntoma autónomo (sequedad de boca), con dos síntomas relacionados con el pecho y abdomen (dolor o malestar el pecho y malestar abdominal), con uno de los síntomas relacionados al estado mental (miedo a morir), con dos síntomas generales (tensión o molestias musculares e inquietud) y con un síntoma no específico (Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones), así mismo cumple con el criterio C (El trastorno no cumple criterios de trastorno de pánico, ansiedad fóbica, obsesivo-compulsivo o hipocondriaco) y con el criterio D (Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico como hipertiroidismo, a un trastorno mental orgánico, o trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, tales como un exceso de consumo de derivados anfetamínicos o abstinencia a benzodicepinas). Sin

embargo, se descarta este diagnóstico ya que la intensidad de los síntomas no es frecuente ni prolongada, y los mismos, no han impedido que la paciente deje de realizar sus actividades de vida diaria. Resaltando así mismo, que la sintomatología aparentemente ansiosa se debe a la estancia en el centro, es por ello, que no se puede adjudicar como diagnóstico definitivo.

F41.2 Trastorno mixto ansioso depresivo: al evaluar a la paciente presenta sintomatología correspondiente tanto a ansiedad como a depresión, no obstante, tenemos que tomar en cuenta que para este trastorno la predominación de síntomas debe ser igual.

En depresión leve, la paciente cumple con el criterio A (Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo), con los tres síntomas del criterio B (Humor depresivo la mayor parte del día, durante al menos dos semanas, pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras, y disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.), y con cinco de siete síntomas del criterio C (Pérdida de confianza o disminución de la autoestima, quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, cambio en la actividad psicomotriz con enlentecimiento, alteración del sueño, cambio de peso).

En ansiedad, la paciente cumple con el criterio A: Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria., dentro del criterio B cumple con un síntoma autónomo (palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado, sequedad de la boca), con dos síntomas relacionados con el tórax y abdomen (dolor o malestar el pecho y malestar abdominal), con uno de los síntomas relacionados al estado mental (miedo a morir), con dos síntomas generales (tensión o molestias musculares e inquietud) y con un síntoma no específico (Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones), así mismo cumple con el criterio C (El trastorno no cumple criterios de trastorno de pánico, ansiedad fóbica, obsesivo-compulsivo o hipocondriaco) y con el criterio D (Criterio de exclusión usado con más frecuencia).

El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico como hipertiroidismo, a un trastorno mental orgánico, o trastorno relacionado con el consumo de sustancias

psicoactivas, tales como un exceso de consumo de derivados anfetamínicos o abstinencia a benzodiacepinas). En este caso, los criterios predominantes son de depresión, razón por la cual se descarta este diagnóstico.

F43.21 Trastorno de adaptación con reacción depresiva prolongada: en base a este trastorno, la paciente cumple con el criterio A (El inicio de los síntomas debe producirse en el mes posterior a la exposición a un estrés psicosocial identificable, pero no de tipo catastrófico ni inusitado) y B (El individuo manifiesta síntomas o alteraciones del comportamiento del tipo de los descritos en cualquiera de los trastornos del humor (afectivos), excepto ideas delirantes y alucinaciones, de cualquiera de los trastornos en F40-F48, trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos de los trastornos disociales. Los síntomas pueden variar en forma y gravedad). Sin embargo, la paciente no cumple con el criterio C (Excepto en la reacción depresiva prolongada (F43.21), los síntomas no persisten más de seis meses tras el cese del estrés o sus consecuencias). Por tal motivo, se desiste de esta patología.

1.3.3 Diagnóstico definitivo.

La APA (2014) define al diagnóstico definitivo o final al proceso que implica la recopilación y evaluación de información clínica relevante para determinar la presencia de un trastorno mental específico. Este proceso incluye la identificación y consideración de los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5, así como la exclusión de otras condiciones médicas o factores que puedan explicar los síntomas.

El diagnóstico final se lo realizó en base a los criterios expuestos en el CIE-10, considerando los siguientes:

- **F32.01 Episodio Depresivo Leve con síndrome somático:**

A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).

B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:

1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas.

2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.

3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro:

1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.

2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.

3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.

4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.

5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).

6. Cualquier tipo de alteración del sueño.

7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes en actividades que normalmente eran placenteras.

2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional.

3. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.

4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.

5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas).

6. Pérdida marcada de apetito.

7. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal del último mes).

8. Notable disminución de la libido.

En el presente caso clínico, la paciente cumple con el criterio A (Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo F32), con el criterio B (pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras y disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad), con cinco de siete síntomas del criterio C (Pérdida de confianza o disminución de la autoestima, quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, cambio en la actividad psicomotriz con enlentecimiento, alteración del sueño, cambio de peso) y en cuanto al síndrome somático, se le atribuye este carácter ya que cumple con 4 de los 8 síntomas expuestos: ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que normalmente producen una respuesta emocional, despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual, presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas), y pérdida marcada de apetito. Es decir, la paciente se enmarca dentro de un Episodio Depresivo Leve con Síndrome somático.

○ **F51.01 Trastorno de Insomnio.**

A. Predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes:

1. Dificultad para iniciar el sueño. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para iniciar el sueño sin la intervención del cuidador.)
2. Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para volver a conciliar el sueño sin la intervención del cuidador.)
3. Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.

B. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana.

D. La dificultad del sueño está presente durante un mínimo de tres meses.

E. La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.

F. El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño-vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño-vigilia (p. ej., narcolepsia, un trastorno del sueño relacionado con la respiración, un trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, una parasomnia).

G. El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento).

H. La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante de insomnio.

En base a este trastorno, la paciente cumple con todos los criterios diagnósticos, por lo tanto, se le adjudica el F51.01 Trastorno de Insomnio.

○ **Z59.3 Problema relacionado con la vida en una residencia institucional:**

Esta categoría se debe utilizar cuando el problema (o problemas) relacionados con una institución residencial es el objeto de la atención clínica o tiene algún impacto sobre el tratamiento o el pronóstico del individuo (APA,2014). Es decir, se le atribuye este diagnóstico ya que efectivamente su estancia en casa hogar, provoca impacto emocional dentro de su tratamiento médico y, por ende, en su pronóstico.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

Partiendo del diagnóstico definitivo, se ha considerado emplear y llevar a cabo un plan de tratamiento psicológico integrativo, definido como la estrategia para potenciar y desarrollar la efectividad psicoterapéutica a través de propuestas novedosas y creativas que parten de más de una orientación teórica o técnica, y son la respuesta a las necesidades e intereses de la paciente, tomando en cuenta su edad (Tena, 2020). Tuvo una extensión de 9 sesiones, con una duración de 45 minutos cada una, llevándose a cabo dos sesiones por semana los días martes y viernes, medida que se tuvo que optar ya que los familiares de la residente tenían provisto su traslado hacia su hogar (Catamayo) debido a situaciones económicas.

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

El proceso terapéutico fue elaborado tomando en cuenta las necesidades referidas por la paciente:

- Psicoeducar en conciencia de la enfermedad y de sus consecuencias en la vida diaria/con el fin de desarrollar adaptabilidad y aceptación correspondiente a su estancia en Casa Hogar.
- Disminuir sintomatología depresiva.
- Fortalecer funciones mentales para prevenir la aparición de un trastorno de deterioro cognoscitivo.
- Reconceptualizar el significado del ciclo de vida en el que se encuentra y el impacto en las diversas áreas de funcionamiento del adulto mayor (autoestima y autoconcepto).
- Enseñar al paciente a identificar las relaciones entre pensamientos, y como estos, afectan en las emociones y conductas en su diario vivir.

2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

Tabla 2*Plan terapéutico*

Sesión	Objetivo terapéutico	Objetivo de sesión	Técnica	Observación
1	Psicoeducar en conciencia de la enfermedad y de sus consecuencias en la vida diaria/con el fin de desarrollar adaptabilidad y aceptación correspondiente a su estancia en Casa Hogar.	Informar al paciente a cerca de su etapa de vida, su patología médica (LNH folicular CD20+ EC IBX,), cuidados que van de la mano con el tratamiento de la patología.	- Psicoeducación.	Al principio la paciente tenía miedo de que la sesión contemple preguntas “difíciles”, sin embargo, en el transcurso de la sesión la paciente se fue sintiendo cómoda y con disposición a trabajar y hablar y escuchar todo.
2	Enseñar al paciente a identificar las relaciones entre pensamientos, y como estos, afectan en las emociones y conductas en su diario vivir.	Identificar e informarse sobre las emociones que pueden existir tras situaciones de diversa índole, ya sean internas o externas.	- Psicoeducación. - Cubo de emociones. - Validación de emociones.	La paciente colaboró con amabilidad hacia esta sesión, incluso contó experiencias en las cuales iba identificando las emociones aprendidas, y las validó en todos los casos. Tarea: - Registro del estado de ánimo durante la semana.
3	Enseñar al paciente a identificar las relaciones entre pensamientos, y como estos, afectan en las	Modificar los pensamientos irracionales que alteran el bienestar emocional del adulto mayor.	- Revisión del registro de estado de ánimo. - Psicoeducación Influencia de los pensamientos ante	- Revisión del registro de estado de ánimo. - La paciente colaboró con amabilidad hacia esta sesión,

	emociones y conductas en su diario vivir.		las emociones y ejemplos. - Técnica Conductual - Ensayo de conducta.	incluso contó experiencias en las cuales iba identificando como sus pensamientos se han reflejado en sus reacciones y emociones.
4	Fortalecer funciones mentales para prevenir la aparición de un trastorno de deterioro cognoscitivo.	Implementar actividades placenteras con el fin de motivar al adulto mayor a ser activo.	- Activación conductual de Jacobson. - Estimulación Cognitiva, motricidad fina, atención, y memoria (Card Game- Animal Snap).	- Revisión del registro de estado de ánimo. - La paciente durante la sesión, se mostró colaborativa e interesada en la información que se le iba proporcionando.
5	Reconceptualizar el significado del ciclo de vida en el que se encuentra y el impacto en las diversas áreas de funcionamiento del adulto mayor (autoestima y autoconcepto).	Reconceptualizar su autoestima y autoconcepto, reconociendo sus cualidades y virtudes.	- Psicoeducación. - Técnica del espejo.	- Revisión del registro de estado de ánimo. - La paciente durante la sesión estuvo dispuesta en todo momento a informarse y a reconocerse a sí misma. Cabe mencionar que, al principio de la técnica del espejo, si le costó un poco debido a que ha venido pensando así de sí misma por bastante tiempo, sin embargo,

						finalmente, logró recordar todo lo que hemos aprendido en las sesiones anteriores y lo puso en práctica.
6	Fortalecer funciones mentales para prevenir la aparición de un trastorno de deterioro cognoscitivo.	Prevenir el deterioro cognitivo.	-	Estimulación cognitiva, lenguaje y escritura, memoria semántica, y atención alternada.	-	Revisión del registro de estado de ánimo. - La paciente colaboró con amabilidad y disponibilidad hacia esta sesión, incluso contó experiencias relacionadas con las frases que iba formando dentro de la lámina de lenguaje y escritura, sin embargo, cabe resaltar que pidió a la coterapeuta el escribir en las láminas.
7	Fortalecer funciones mentales para prevenir la aparición de un trastorno de deterioro cognoscitivo.	Prevenir el deterioro cognitivo.	-	Estimulación cognitiva, memoria gustativa, lenguaje y escritura y ejercicio de visoconstrucción.	-	Revisión del registro de estado de ánimo. - La paciente dentro de la sesión estuvo dispuesta a trabajar con las láminas, ya que ella disfruta de dicha actividad.

8	Disminuir sintomatología depresiva.	Reducir la tensión provocada por factores adversos mediante la práctica de la respiración. Recordar todo lo abordado dentro de la intervención psicológica para dar el cierre como tal.	- Respiración Diafragmática. - Retroalimentación de las técnicas y sus avances. - Cierre de la intervención psicológica.	- Revisión del registro de estado de ánimo. - La paciente desarrolló labilidad emocional al evidenciar que ya había finalizado la intervención psicológica que se aplicó, y los resultados obtenidos.
9	Disminuir sintomatología depresiva. Fortalecer funciones mentales para prevenir la aparición de un trastorno de deterioro cognoscitivo.	Conocer las actuales condiciones posteriores a la intervención psicológica.	- Diálogo empático. - Escucha activa. - Estimulación cognitiva, motricidad, atención y memoria.	- La paciente al darse cuenta de que ya había finalizado la intervención psicológica que se aplicó expresó su gratitud por el trabajo realizado.

Nota. Esta tabla detalla las técnicas aplicadas en las diferentes sesiones terapéuticas.

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

- **Sesión 1:**

La situación abordada dentro la primera sesión fue la falta de conciencia y entendimiento acerca de la enfermedad que padece la paciente y de la etapa de vida que cursa en la actualidad, por lo cual, se hizo uso de la técnica de psicoeducación, misma que se conceptualiza como una herramienta de cambio, que implica varios procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y de esta manera en algún punto poder mejorar la calidad de vida (Godoy et al., 2020).

Es decir, lleva al paciente a ser capaz de analizar y enfrentar sus situaciones cotidianas de manera más adaptativa a como lo venía haciendo. De esta manera, el usuario va a tener la posibilidad de desarrollar potencialidades propias a partir del descubrimiento de sus fortalezas. Así mismo dicha técnica, pretende eliminar prejuicios, que generan pensamientos anticipatorios, mejorar el cumplimiento del tratamiento (que en el caso de estar tomando psicofármacos se vuelve absolutamente esencial), reducir el riesgo de recaídas y aliviar la sobrecarga emocional que pueda provocar cortocircuito cognitivo, emocional o conductual (Tena, 2020).

Es importante mencionar que la psicoeducación ha venido siendo estudiada hace 30 años en personas con patologías de esquizofrenia, depresión, trastorno por déficit atencional, alimentario, insomnio y otros, en donde se han obtenido resultados óptimos, en función de sus beneficios (Godoy et al., 2020).

Hablar de psicoeducación, es contemplar la técnica de intervención basada en los conocimientos fluctuantes que parten de la reflexión de las personas. Es así como se enmarcan dos elementos sumamente importantes dentro de la misma, teniendo como primero a la intervención psicológica que incluye una o varias acciones, como, por ejemplo, la orientación, prevención, promoción de salud y psicoterapia, y, por otro lado, como segundo componente tenemos la educación. El poder enlazar el aspecto psicológico con el educativo, da paso al beneficio de la educación dentro del sujeto con capacidad para interactuar con el mundo y transformarlo. Esto, promoverá en el individuo la experiencia con componentes cognitivos, afectivos y psicomotores, podrá contactarse realmente con sus necesidades, y se integrará hacia nuevos conocimientos y habilidades para el logro de los objetivos planteados, mediante el desarrollo de un ambiente seguro que promueva la autonomía, el dialogo, respecto y la responsabilidad (Ramírez y Vizcaíno, 2020).

Pues bien, la sesión empezó con un saludo y bienvenida a la paciente. Se le preguntó la fecha, siendo correcta. Posteriormente, se realizó una conversación sobre su estado de salud durante esos días, ya que fue recientemente contagiada por Covid-19. A partir de haber interactuado un poco más con ella, se le explicó en qué consistiría la actividad del día, en

donde se dará a conocer información para posteriormente intercambiar opiniones, y si surgen dudas, se podría interrumpir, para poder aclararlas. Se llevó a cabo la técnica de psicoeducación, con ayuda de diapositivas, e imágenes, lo que permitió que la paciente se fije en ellas, y aporte en la información que se le brindó. Como parte del cierre, se realizó la respectiva retroalimentación de todo lo hablado dentro de la sesión, y nuevamente se le preguntó si tenía dudas sobre el tema tratado, sin embargo, al no tenerlas se procedió con el agradecimiento por su trabajo y participación.

En cuanto al logro de la sesión la paciente se informó acerca de de su etapa de vida, su patología médica (LNH folicular CD20+ EC IBX), y todos los cuidados que van de la mano con el tratamiento de la patología. De esta manera se logró que la paciente reformulara el concepto que tiene de su edad y aceptara los cuidados y tratamiento que en la actualidad necesita para pasar el día a día.

- **Sesión 2:**

La temática abordada en dicha sesión fueron las emociones que existen o se desencadenan de diversas situaciones, ya sean internas o externas, por lo que se utilizaron 3 técnicas: psicoeducación sobre las emociones propias, ajenas y la importancia de estas, el cubo de emociones y la validación de las mismas.

Para ello, es importante tener como base al bienestar emocional definido como un estado de paz y equilibrio mental, que permite tomar consciencia de nuestras propias aptitudes, y afrontar situaciones y presiones, sin embargo, no es un estado sencillo de conseguir, en muchos casos incluso jamás se lo consigue. Es por esto, que es necesario comprender que las emociones son esa base que se relaciona directamente con dicho bienestar, ya que ellas, impulsan la práctica de conductas, actitudes, la relación con el entorno, determinaran nuestra posición anímica, y la capacidad para hacerle frente a situaciones complejas o difíciles, también llamada Resiliencia (Hernández et al., 2021).

Existen emociones básicas o también denominadas primarias, y secundarias. Las emociones básicas agilizan la dinámica del ser humano en su contexto y son 6: el miedo,

aversión (rechazo), sorpresa, alegría, tristeza e ira. Por otro lado, se encuentran las emociones secundarias, catalogadas también como emociones complejas. Surgen a partir del aprendizaje de sucesos a lo largo de nuestra vida, y de la mezcla de dos emociones, algunas de ellas son: culpa, celos, resignación, angustia, incertidumbre, indignación, soledad y odio (Hernández et al., 2021).

Dentro de la tercera edad, la emocionalidad cambia debido a una lista de factores que determinan la sensación de bienestar. Los factores bien pueden ser internos del sujeto (valores, temperamento, crianza, experiencia de vida, etc.) o externos (interacción con el contexto). Las emociones no son buenas ni malas, sin embargo, lo que, si se puede catalogar de esta manera, es la valoración que los individuos damos a nuestras anécdotas y las emociones que surgen de ellas. Cuando se logra una valoración personal positiva en el adulto mayor, se ve reflejado en la capacidad de reducir un estado de ánimo deprimido, controlando y disminuyendo así las emociones de tristeza (Hernández et al., 2021).

Varios estudios incluso señalan que los adultos mayores institucionalizados, pueden desarrollar sentimientos de soledad, debido a que se encuentran aislados de su círculo social, lo que provoca apatía en ellos, dificultades con la higiene del sueño, se reducen sus funciones biológicas, cognitivas o sensoriales, es decir, se genera mayor vulnerabilidad a factores o agentes patógenos (Espinosa et al., 2020; Ruperti et al., 2020).

El registro del estado de ánimo es un mecanismo para, como su nombre lo dice, llevar un archivo de nuestro sentir, que parte desde la introspección de sensaciones a partir de la rutina y vivencias del día a día que generan emociones, las cuales se irán marcando dentro de la tabla, para posteriormente analizarla. Se recomienda que dicho registro se lo ejecute al final del día, para poder lograr un análisis y recapitulación completo (Pérez, 2021).

La sesión empezó con un saludo y bienvenida a la paciente. Se le preguntó la fecha, siendo correcta. Posteriormente, se realizó un repaso y recordatorio de todo lo que se trató en la sesión anterior. Al haber llevado a cabo esta actividad, se explicó lo que se va a trabajar, es decir, la psicoeducación sobre las emociones propias, ajenas e importancia, con ayuda de diapositivas, e imágenes, mencionándole que, si surgen dudas, puede interrumpir, para poder

aclararlas. De la misma manera, se llevó a cabo esta actividad mediante diapositivas expuestas en la computadora, lo que permitió que la sesión se la lleve de una manera mucho más dinámica, sencilla, y demostrativa, tomando en cuenta la edad de la paciente. Seguido de esta técnica, se hizo uso del cubo de emociones, desarrollándose de la siguiente manera: la paciente debía escoger una tarjeta que contiene una emoción, para con dicha referencia, formar en el cubo la imagen que se muestra en la tarjeta que escogió anteriormente. Al haber formado la imagen, se realizaron preguntas acerca de la emoción: ¿qué emoción es?, ¿en qué situaciones ha sentido dicha emoción?, ¿qué es para ella esta emoción?, entre otras. Se procedió hacia la validación de emociones escuchando si tal vez quiere compartir alguna experiencia, en donde ha podido identificar las emociones aprendidas.

Con el fin de llevar un sondeo de dichas emociones, se le dejó de tarea un registro de ánimo, primeramente, explicando cómo se va a trabajar con él, que objetivos se tiene, y como tendrá que ir marcando su estado de ánimo correspondiente al día (de preferencia en las noches). Así mismo se le dijo, que todas las semanas lo revisaremos y compartiremos el desenlace de dicha actividad, la cual, la paciente aceptó expresando “que lindo, tengo ahora sí un deber”. Con ello, se le preguntó si tenía alguna duda sobre la tarea, o sobre lo que tratamos en la sesión, y al no tenerla, se procedió a realizar el cierre y despedida.

Con respecto al logro de la sesión, la paciente se informó e identificó las distintas emociones que existen, tanto intrínsecas como extrínsecas, se compartieron experiencias en donde han existido la presencia de las mismas, y posteriormente se validaron las mismas.

- **Sesión 3:**

Esta sesión abordó los pensamientos irracionales que alteran el bienestar emocional del adulto mayor, utilizando como técnicas la psicoeducación sobre la influencia de los pensamientos ante las emociones, mediante ejemplos y se realizó la técnica conductual-Ensayo de Conducta.

Como base de la intervención, es necesario exponer que el intervenir con personas de edad adulta, es estar frente a personas que han vivido varias experiencias tanto positivas

y negativas, y es precisamente esto, lo que puede dificultar o facilitar el revertir situaciones negativas o problemas, en oportunidades. A partir de la unidad de lo cognitivo y lo afectivo se desarrollan las formaciones reguladoras más complejas que orientan al comportamiento. Es por ello, que incluso actuamos en algunas situaciones de manera abrupta, e instintiva, ya que las emociones y pensamientos están encargados de nuestro proceder en distintas circunstancias (Ramírez y Vizcaíno, 2020).

Aunque la organización cognitiva del individuo no se considera el factor causal de la depresión, si se afirma que esto, provoca una mayor predisposición a que ciertos acontecimientos o experiencias negativas desencadenen este trastorno. Incluso es necesario mencionar, que se asume que el primer síntoma depresivo es la activación de esquemas negativos relacionados con la visión de uno mismo, el mundo y el futuro. (Ruiz et al., 2012).

El ensayo de conducta se basa en los esquemas teniendo estos, un fuerte apoyo en la experiencia, por lo que es fundamental realizar tareas conductuales que permitan poner a prueba algunos de los aspectos en los que se sustenta, bien el esquema negativo o bien el positivo que se desea instaurar. Dentro del ensayo la paciente señala diversas situaciones en las que se ha sentido emocionalmente perturbado o se ha comportado de manera disfuncional. A partir de ello, se realiza un trabajo en conjunto, es decir, el terapeuta y la paciente van analizando y debatiendo las distintas creencias irracionales asociadas a dichas situaciones y ensayando creencias racionales adecuadas para cada situación (Ruiz, et al. 2012).

La sesión empezó con la bienvenida a la paciente, se le preguntó la fecha y supo contestar correctamente. Posteriormente, se realizó un repaso y recordatorio sobre lo que se trató en la sesión anterior. Con ello, se revisó el registro de estado de ánimo, en el cual se evidenciaron emociones que han permitido bienestar emocional en la paciente, y se realizó la retroalimentación del mismo. Acto seguido, se le explicó en qué consistiría una de las actividades del día, la cual es la técnica de psicoeducación sobre los pensamientos, y se aclaró que, si existe alguna duda, puede interrumpir para aclararla.

Es así, como se le dijo que los pensamientos son representaciones que hacemos de acuerdo al entorno, son conversaciones que nosotros nos realizamos mentalmente, y que, de acuerdo al tipo de pensamiento, provocará una reacción al estado de ánimo, influyendo así, en las acciones y reacciones ante las diversas situaciones.

Posteriormente, se le expuso el siguiente ejemplo: está sentada en un parque que no hay gente, de pronto ve a dos personas que van directo hacia usted y ellos, se encuentran con bufandas alrededor de la cara. Inmediatamente el pensamiento que usted tendría, ¿cuál sería? a lo que la paciente, respondió “que me van a robar”, a partir de dicha expresión, se le preguntó ¿cómo cree que su cuerpo reaccionaría? a lo que contestó lo siguiente: “comenzaría a temblar, a sudar, incluso gritaría”. Con dichas respuestas, se prosiguió con el ejemplo diciéndole que, después de ver que estas personas siguen caminando, se da cuenta que las dos personas se dirigían a una tienda que estaba detrás de ella, a lo que la paciente expresó “me adelanté y pensé mal”. A partir de dicho ejemplo se le pidió a la paciente que nombre una situación en la que ha pasado algo así, y ella comentó que, al tejer, ella empieza a comparar sus tejidos con los de otra residente, e inmediatamente piensa que es inútil, lo que provoca sentimientos de tristeza en ella.

Con dicha situación y muchas más que ella misma nombró se generó una discusión que permitió identificar la incidencia de sus pensamientos y por ende sus reacciones, se señalaron frases como por ejemplo: “siempre pienso que mi edad ya no permite que yo haga lo de antes, hace un año estaba muy bien en mi casa”, “me rendiré con mis tejidos, no están bonitos”, “que pasará conmigo en unos meses” y a partir de ello, empezamos a modificar estos pensamientos por: “me he esforzado mucho, ahora estoy descansando”, “haré más y me saldrán mejor”, “no sé lo que va a pasar en un futuro, no es necesario preocuparme de algo que no conozco” es decir, se generó una discusión que permita modificar los pensamientos negativos a positivos y ensayar creencias racionales adecuadas para las distintas situaciones. Posteriormente, se realizó el cierre y despedida.

Dentro de esta sesión, la paciente logró reconocer como los pensamientos llegan a intervenir en ella, tanto en su cuerpo como en su estado de ánimo. Así mismo, reformuló las creencias y pensamientos irracionales por racionales, provocando que se sienta más “tranquila” como lo denominó.

- **Sesión 4:**

En esta sesión la situación abordada fueron los pensamientos e ideas de desvalorización en cuanto a que ya no puede realizar ninguna actividad como lo hacía antes. Por ello, utilice la técnica de activación conductual de Jacobson y la estimulación cognitiva dentro de áreas de motricidad, atención y memoria (Card Game-Animal Snap).

Es importante mencionar que los cambios que se generan a partir de la llegada de la senectud influyen en la percepción de sí mismo en cuanto a la autorrealización y las actividades de ocio que le permiten percibirse como una persona activa, nivel de autonomía y de independencia. Estas habilidades básicas y su desempeño en su día a día determinarán el nivel de calidad de vida que el adulto mayor percibe y cómo se valora a sí mismo, es decir, su autoestima y autoconcepto (García y Lara, 2022). Es por ello que, en este caso, el objetivo es destacar los recursos de la paciente y aprovechar, más que fijarse en los aspectos negativos que tiene, ya que se considera que, el hacer hincapié en las fortalezas del sujeto, lo negativo se reducirá como consecuencia de centrar la atención en el crecimiento y práctica de las cualidades naturales que se dispone (González et al., 2020).

Se hizo uso de la técnica de Activación Conductual la cual, es utilizada para tratar la depresión, ya que es sencilla y corta, y tiene como finalidad el activar a los pacientes mediante la realización de sus actividades satisfactorias, esto, mediante la adquisición y realización de conductas placenteras y productivas para el adulto mayor. La Activación Conductual, establece que las problemáticas en la vida de personas con vulnerabilidad disminuyen la capacidad para experimentar el refuerzo positivo en su ambiente y causan la sintomatología y los comportamientos que se catalogan como depresivos. Igualmente, esta terapia se

focaliza generar factores que frenan la activación, como las conductas de escape y evitación (González y Campos, 2021; Nieto et al., 2022).

Es por ello, que se hizo uso de dicha técnica, ya que tomando en cuenta la edad de la paciente y sus necesidades expresadas, es necesario el activar su rutina del día a día, mediante la programación, monitoreo y evaluación de actividades congruentes y accesibles en su etapa de vida, enfocadas en generar placer y dominio, lo que permitirá en la paciente aproximarse y tener acceso a refuerzos positivos disponibles en su cotidianidad, los cuales podrían funcionar como un antidepresivo natural.

Se decidió llevar a cabo la estimulación cognitiva, considerando que, con el envejecimiento el cerebro experimenta cambios bioquímicos, morfológicos, circulatorios y metabólicos y dependiendo de la plasticidad puede llevar a presentar variaciones, como la disminución en su volumen, adelgazamiento de la corteza frontal, provocando alteraciones en la atención, memoria y la formación del recuerdo, además de las funciones ejecutivas, Es por ello, que los adultos mayores requieren planes de estimulación para el mantenimiento de las funciones cognitivas de la memoria, atención, cálculo, lenguaje y orientación, con el propósito de mantener las condiciones en la calidad de vida (Duque et al., 2022).

En base a la sesión, empezó con la bienvenida y saludo a la paciente, al ser consultada por la fecha, dio la respuesta correcta, se realizó un recordatorio de la sesión anterior, ya que esta es la base de esta nueva sesión. Así mismo, se revisó su registro de ánimo, en donde se evidenció la emoción de tristeza/preocupación señalando por parte de la paciente que había sido porque había hablado con sus familiares, después de varios meses sin hacerlo, lo cual provocó nostalgia, más que preocupación, sin embargo, ella optó por ubicarlo en dicha columna. Tras haber hecho la retroalimentación del registro, mediante la validación de las emociones expresadas, se le explicó en qué consistirá una de las actividades del día, es decir la activación conductual de Jacobson. Pues bien, la paciente empezó escogiendo y señalando las actividades que le parecen agradables y en conjunto se realizó un horario de actividades el cual, posteriormente fue firmado y entregado hacia la

paciente para que lo conserve. Dicha actividad, generó expresiones de felicidad, ya que nos enfocamos en actividades placenteras que tendrán que ser cumplidas en su día a día.

Posteriormente, se realizó la actividad del Card Game-Animal Snap, la cual, consistió en primeramente reconocer las tarjetas que contiene distintos animales, se le preguntó ¿qué animal es? ¿de qué color es este animal?, este animal en la vida real ¿es grande o pequeño?, ¿puede vivir en nuestra casa? ¿vive en la tierra o en el aire?, a lo que la paciente contestó correctamente. Posteriormente, se mostraron pares de tarjetas similares, se le pidió a la paciente que observe muy bien en donde se encuentran cada uno ya que se procederá a poner las cartas volteadas, es decir al animal no se lo verá, y se le pidió que, de vuelta a una carta, para luego encontrar su par. Así mismo, en otra ronda se mostraron las cartas de los animales (ya no fueron pares, sino únicas), se voltearon todas las cartas, y se pidió que me ayude encontrando al León, si no lograba realizarlo se mencionaba que no pasa nada, que se lo intentará nuevamente. Al haber finalizado con dicha actividad, se agradeció por su presencia y compromiso, y se realizó el cierre y despedida.

En cuanto al logro de la sesión, la paciente al realizar el horario de actividades se dio cuenta y tomó conciencia de que tiene muchas actividades por realizar, y algunas de estas, son sus preferidas, como lo son el tejer y leer, por lo que las ubicó en la mañana y en la tarde para cumplir todo como ella mismo lo estipuló, ya que en dicho horario se “mantiene más despierta”. Así mismo, se comprometió a cumplir con el horario, incluso, para “sentirse ocupada y distraerse” como ella lo mencionó. Acerca de la actividad de estimulación, la paciente reconoció todos los animalitos, mencionó que algunos de ellos los ha visto, expresó sus cualidades con asertividad, y lo más importante es que disfrutó de la actividad.

- **Sesión 5:**

En esta quinta sesión, se abordó la baja autoestima y autoconcepto que tiene la paciente, considerando, lo trabajado en las sesiones anteriores.

Una alta autoestima favorece el bienestar psicológico y genera una percepción más positiva de sí misma y por ende de su alrededor. En el adulto mayor esto permite un envejecimiento saludable y de calidad para afrontar los ajustes del ciclo vital (Brajsa et al., 2017; Gonzáles et al., 2020).

Desde el punto de vista psicológico, los cambios que produce la llegada de la vejez influyen en la percepción de sí mismo en cuanto a la autorrealización y las actividades de ocio que le permiten percibirse como una persona activa, nivel de autonomía y de independencia (García y Lara,2022).

Se hizo uso de la técnica del espejo la cual, es una herramienta terapéutica basada en el modelamiento por ejecución guiada y reforzamiento, y se basa en que el sujeto mediante su posición frente al espejo, y las preguntas que se genere, podrá ir realizando su introspección y expresando lo que vea en el espejo, esta, es una de las técnicas más utilizadas para la rehabilitación de la salud emocional (Farinango, 2022), y se la escogió ya que se consideró el hecho de que los residentes en casa hogar por sus condiciones no poseen espejos dentro de las instalaciones, por lo que se sabía que el realizar esta actividad generaría interés y afición hacia dicho recurso.

La sesión empezó con un saludo y bienvenida a la paciente, ante la pregunta sobre la fecha, contestó de manera acertada. Se realizó un repaso y recordatorio de todo lo que se trató dentro de la sesión anterior, se revisó su registro de estado de ánimo, en el que se denotaron emociones estables. Así mismo, se le preguntó acerca de su “horario”, como lo estaba llevando y si ha cumplido con lo que se estableció, a lo que la paciente respondió “ahora tengo otra rutina mucho más bonita, y eso me gusta”. Al haber llevado a cabo esta actividad, se empezó a explicar lo que se va a trabajar, es decir, la técnica de psicoeducación sobre la autoestima y autoconcepto, primeramente, preguntándole si había escuchado sobre dichos conceptos, a lo que la paciente respondió que no. Partiendo de dicha aclaración con ayuda de diapositivas e imágenes se realizó la psicoeducación de autoestima y autoconcepto,

en donde la paciente iba identificando imágenes de adultos mayores, demostrando agrado y de alguna manera se iba identificando con los dibujos.

Tras realizar la psicoeducación, se llevó a cabo la técnica del espejo. Se colocó un espejo frente a la paciente, y se le señaló que esta es una actividad que nos ayudará a que ella se conozca más y ponga en práctica todo lo que se ha trabajado en las anteriores sesiones, por lo que se le harán preguntas y ella deberá responder de la manera que desee, y se aclaró que, si necesita que se le repita la pregunta, lo haga saber, para hacerlo. Es así como se le realizaron las siguientes preguntas: ¿qué ve en el espejo?, ¿cómo es esa persona que la mira desde el espejo?, ¿conoce a la persona que tiene delante?, ¿cuáles son las cosas buenas que tiene esa persona?, ¿cree que tiene alguna cosa mala?, ¿qué es lo que más le gusta de esa persona?, ¿habría alguna cosa que quisiera cambiar de la persona que tiene delante?, al contestarlas, efectivamente se evidenció un cambio de pensamiento sobre sí misma, y esto claramente se debe a que en las sesiones anteriores ya se trabajó con sus pensamientos. Así mismo, la paciente se mostró nostálgica, al verse nuevamente en un espejo, y poder reconocer sus virtudes tanto por fuera como por dentro.

La paciente logró informarse y aprender sobre la autoestima, y el autoconcepto, recalcando que no sabía el significado de dichos términos. Sin embargo, al culminar con la sesión mencionó la paciente que ahora ella ha reconocido que tiene baja autoestima, y que quiere trabajar en ella ya que “no quiere pensar así de sí misma” como lo mencionó. De la misma manera al momento de realizar la técnica del espejo, ella dejó a un lado sus pensamientos intrusivos sobre su autoconcepto e intentó “ver” sus cualidades positivas, lo cual provocó que la paciente acaba sintiéndose satisfecha con la actividad.

- **Sesión 6:**

La situación abordada en esta sesión fue el mantener el estado cognitivo de la paciente, mediante la estimulación cognitiva en las áreas de lenguaje, memoria semántica y alteración alternada.

La sesión empezó con la bienvenida y saludo a la paciente, contestó correctamente cuando se le pidió la fecha, y se realizó un recordatorio de la sesión anterior. Se revisó su registro de ánimo en el cual no se presenta alguna situación que amerite preocupación, por lo que se realiza retroalimentación del registro. Así mismo se pregunta cómo se ha sentido con la práctica de sus actividades placenteras, a lo que respondió que siente que sus tejidos se ven más bonitos. Tras haber dialogado, se le explica en que consistirán las actividades del día, las cuales serán llevadas a cabo mediante láminas, puesto que, esa modalidad es del gusto de la paciente. Se trabajó una lámina de lenguaje, que consistía en ir ordenando palabras expuestas, para que cree frases con ellas. Seguidamente, se trabajó una lámina de memoria semántica, la cual consistía en ir rellenando una ruleta de los meses empezando por abril, y finalmente, se aplicó una lámina de alternación alternada en donde tenía que reconocer las letras "E" y "F", pintándolas con diferentes colores. Tras haber culminado con las actividades de la sesión, se realizó su respectiva retroalimentación, y se agradeció por su disponibilidad.

La paciente logró dentro de la lámina de lenguaje y escritura ordenar las palabras para crear frases, así mismo, en la lámina de memoria semántica completó con asertividad una ruleta de meses, y finalmente dentro de la lámina de la alteración alternada logró reconocer las letras "E" y "F".

- **Sesión 7:**

La situación abordada en esta sesión fue el mantener el estado cognitivo de la paciente, mediante la estimulación cognitiva en las áreas de memoria gustativa, lenguaje y escritura y ejercicio de visoconstrucción.

La sesión empezó con la bienvenida hacia la paciente, acertó al responder la pregunta de la fecha. Así mismo, se realizó un recordatorio de la sesión anterior, a lo cual la paciente acotó "me gusta mucho hacer esas hojitas". Se revisó el registro de estado de ánimo y se retroalimentó al no evidenciar algún signo de preocupación. Seguidamente, se le explicó en qué consisten las actividades a trabajar. Como primera actividad se le proporcionó la lámina

de memoria gustativa la cual, se basa en relacionar con una línea los alimentos que correspondían a cada sabor. Como segundo ejercicio enfocado en el área de lenguaje y escritura, basado en que debía leer la frase, siendo esta, en forma de adivinanza y debía marcar la palabra adecuada y correcta. Finalmente, dentro de la lámina de visioconstrucción, debía dibujar a la derecha el helado guiándose con el dibujo de muestra, ubicado en la parte izquierda. Al haber culminado con las láminas, se generó la retroalimentación de las actividades realizadas en dicha sesión. Lo que permitió dar el cierre y despedida a la paciente.

- **Sesión 8:**

La situación que se abordó en la sesión fue la tensión provocada por factores adversos, y cierre de la intervención terapéutica, esto mediante la práctica de la respiración diafragmática, como método a utilizar en posibles situaciones en las que se sienta abrumada.

La respiración profunda, también conocida como respiración diafragmática o abdominal, consiste en respirar profundamente (hiperventilación) con el fin de que el cuerpo reciba un suministro completo de oxígeno; a diferencia de la respiración superficial, que no le proporciona al cuerpo el aire suficiente, la respiración profunda reduce el ritmo cardíaco y estabiliza la presión sanguínea. Esta técnica es efectiva cuando se desea mantener la calma y reducir el nivel de ansiedad, por lo que puede ser controlada por la propia persona. Es así que una respiración regulada y controlada puede ayudar a tener presente un buen estado de ánimo y a mantenerse relajado (Martínez et al., 2018).

Esta técnica es recomendable particularmente en el adulto mayor, pues suele ser más rápida, no cansa al individuo y no requiere de equipo especial o que le genere algún costo, además, se ha observado en pacientes oncológicos o con otros padecimientos, que la respiración profunda es una estrategia terapéutica y rehabilitadora que le proporciona bienestar al paciente (Martínez et al., 2018).

Otro de los beneficios de esta técnica es que favorece la reducción del consumo de fármacos que pudieran complicar el estado físico o emocional del paciente (por ejemplo, las

benzodicepinas se asocian a sedación excesiva y en consecuencia al riesgo de caídas) (Martínez et al., 2018).

La sesión comenzó con la bienvenida a la paciente a una nueva sesión, respondió de manera correcta cuando se le preguntó la fecha, lo que permitió realizar un repaso y recordatorio de lo que se trabajó en la sesión anterior. Así mismo, se realizó la última revisión del registro de ánimo y se generó su retroalimentación. Pues bien, se le informo y dio a conocer acerca de una nueva técnica de respiración, la cual fue explicada de la siguiente manera:

1. Inhalar lenta y profundamente.
2. Llevar el aire hasta el fondo de los pulmones.
3. Sentir como el abdomen se levanta.
4. Exhalar y contraer el estómago.

Se la practicó varias veces en conjunto, y se señalaron las situaciones en las que podría utilizar dicha técnica. Seguidamente, se realizó la retroalimentación y revisión de los ejercicios y técnicas adjudicadas en las anteriores sesiones y se le hicieron algunas preguntas: ¿recuerda alguna otra técnica? ¿cree que la que me comenta le ha ayudado o le ayudará en alguna situación? ¿cuál fue la actividad que más disfrutó? ¿cómo se sintió registrando su estado de ánimo diariamente? ¿le agradó el hecho de poder generar un horario distinto al que anteriormente disponía? ¿cómo se sintió realizando actividades que ya no realizaba?, al haber contestado dichas preguntas, se agradeció por la presencia en la sesión y se hizo el cierre de la misma.

En cuanto al logro de la sesión, la paciente adquirió una nueva técnica de respiración, la cual la practicó, y mencionó que la va a utilizar cuando se sienta “mal” como ella lo denominó. De la misma manera, recordó todos los temas que se han tratado dentro de la intervención en conjunto con las enseñanzas que quedan en ella.

- **Sesión 9:**

Esta sesión se enfocó en conocer las actuales condiciones posteriores a la intervención psicológica, es decir se basó en el seguimiento de la intervención. Se llevó a cabo mediante el uso del diálogo empático, escucha activa, y se desarrolló estimulación cognitiva en las áreas de motricidad, atención y memoria.

La sesión fue llevada a cabo haciendo uso del diálogo empático, es decir, comunicación verbal que demuestra por parte del psicólogo la capacidad de poder comprender y entender los sentimientos de la paciente lo que provocará en la paciente la sensación de sentirse escuchada y entendida siento esto beneficioso para la obtención de la información (Linares et al., 2021). Así mismo, se aplicó la escucha activa, conocida como el proceso que demuestra comprensión de alguna experiencia u opinión expresada por otra persona, reconociendo lo que la otra persona dice y se le da valor y reconocimiento de que ha sido escuchado, es decir es la práctica de la respuesta empática (Mur, 2021).

Finalmente, la paciente expresó su gratitud, ya que se siente nuevamente valorada, útil, ocupada en tal vez ya no actividades que antes realizaba con normalidad, pero si, en actividades que disfruta realizarlas. Así mismo expresó que ella entendió el porqué de su estancia en el centro, y que ha logrado eliminar sus pensamientos anticipatorios ante situaciones que ni siquiera suceden. Tras haber culminado con la intervención, se realizó el cierre y la despedida.

Capítulo tres

Resultados

En el presente capítulo se presentarán los resultados obtenidos una vez culminado el plan terapéutico, mismo que fue enfocado en disminuir la sintomatología depresiva y estimular el área cognitiva de la paciente, los mismos que serán analizados de manera cualitativa a continuación:

3.1. Análisis de resultados cualitativos

Tabla 3

Ficha de observación

Conductas y emociones	Mantenimiento	Modificación parcial	Modificación definitiva	Observaciones
Pérdida de interés en actividades placenteras			X	Gracias a la activación conductual de Jacobson y a la psicoeducación de su etapa de vida y autoestima, la paciente retomó actividades placenteras, incluso cambiando sus pensamientos negativos hacia las mismas.
Disminución de la autoestima			X	Tanto su autoconcepto y autoestima se modificaron totalmente, y esto sucedió mediante la aceptación de los cambios que vienen con el paso de la vida.
Disminución de la energía		X		Esta sintomatología se redujo significativamente, pues, no se redujo con totalidad considerando el ambiente en el que se encuentra la paciente, el

			cual lleva un horario muy calmado y sin actividades dinámicas.
Quejas de disminución de la capacidad de pensar		X	Debido a la aceptación y entendimiento de los cambios propios de la edad, la paciente eliminó las quejas sobre su presunta capacidad de pensar.
Cambio en la actividad psicomotriz con enlentecimiento		X	Tomando en cuenta la edad de la paciente, el enlentecimiento puede ser considerado normal, sin embargo, mediante las actividades de estimulación cognitiva también se trabajó motricidad, consiguiendo resultados positivos.
Insomnio		X	La dificultad para conseguir el sueño y el levantarse temprano, se eliminó completamente, ya que esto sucedía por la presencia de ideas intrusivas acerca de su estancia en casa hogar, sin embargo, al haber hecho conciencia del porqué de su estadía en la institución, la problemática de sueño cesó.
Cambio de peso		X	Se considera que el cambio de peso se ha modificado parcialmente ya que la paciente efectivamente ha retomado su apetito, sin

			<p>embargo, la dieta que se lleva dentro de casa hogar, es baja en grasas, azúcares y carbohidratos, por lo que la paciente mantiene un peso acorde a la misma.</p>
Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que normalmente producen una respuesta emocional	X		<p>Se demuestra una modificación total por parte de la paciente, ya que en el tiempo en el que se realizó la intervención psicológica, se le dieron noticias con respecto a su padecimiento médico, y frente a ellas, la paciente reaccionó acorde a lo que se le dijo.</p>
Pérdida marcada de apetito	X		<p>Básicamente dicha patología estaba presente a manera de rechazo a su estadía y a su estado emocional, entonces, a partir de su aceptación y disminución de sentimientos de tristeza y aflicción, esta sintomatología disminuyó totalmente.</p>
Ideas intrusivas	X		<p>Las ideas intrusivas fueron eliminadas, gracias a la psicoeducación, toma de conciencia y aceptación de su patología médica y cuidados de la misma.</p>
Labilidad emocional	X		<p>Conforme el paso de las sesiones terapéuticas se</p>

evidenció el cambio de la presencia de llanto fácil y expresión facial deprimida, por expresiones de felicidad, y tranquilidad.

Nota. Síntomas pretratamiento y postratamiento.

De acuerdo a lo presentado en la tabla 3, se puede deducir que existen resultados significativos postratamiento. Con respecto al pretratamiento se identificaron los siguientes síntomas: pérdida de interés en actividades placenteras, disminución de la autoestima, disminución de la energía, quejas de disminución de la capacidad de pensar, cambio en la actividad psicomotriz con enlentecimiento, insomnio, cambio de peso, ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que normalmente producen una respuesta emocional, pérdida marcada de apetito, ideas intrusivas y labilidad emocional. Sin embargo, como resultados del postratamiento se evidenció una modificación definitiva en la pérdida de interés en actividades placenteras, disminución de la autoestima, quejas de disminución de la capacidad de pensar, insomnio, ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que normalmente producen una respuesta emocional, pérdida marcada de apetito, ideas intrusivas y labilidad emocional. Y, por otra parte, una modificación parcial en disminución de energía, cambio en la actividad psicomotriz con enlentecimiento, y cambio de peso.

Discusión

El presente caso hace referencia a paciente adulta mayor en institución, el mismo que tuvo una intervención de 9 sesiones, incluyendo la sesión de seguimiento, basando su intervención desde un enfoque integrativo, haciendo uso de varias técnicas en respuesta a las necesidades y demanda de la paciente, lo que permitió conseguir resultados favorables para la misma, coincidiendo con lo que señala García (2022), en su propuesta de un plan de intervención cognitivo- conductual para disminución de la depresión en adultos mayores, en donde se maneja una propuesta de intervención para la disminución de la depresión geriátrica con un modelo integrativo, señalando que es la manera en la que más se facilita la intervención con el adulto mayor.

Cabe resaltar que según la literatura de Ellis et al., (2021), en un hospital público de nuestro país se ha encontrado una prevalencia alta de depresión, correspondiente a la población de adultos mayores dependientes para realizar actividades de la vida diaria, y con riesgo social, destacando que la mayoría de dichos casos eran personas de género femenino de estado civil divorciadas y solteras, lo que se refleja en el presente caso correspondiente a la adulta mayor de 78 años de edad de estado civil soltera, y dependiente en su caso, del personal que labora en la institución para realizar sus actividades de la vida diaria.

Por otra parte, entre la relación de depresión y soledad percibidas por la paciente en las visitas esporádicas que le realizaba su familia provocando sintomatología depresiva, a lo que hace referencia Díaz (2019), que el principal resultado de su estudio es que el 45% de los adultos mayores institucionalizados presentan síntomas depresivos, siendo el principal factor asociado las visitas esporádicas y una tendencia al bajo peso, lo que coincide con el presente caso ya que se denota que por no recibir visitas domiciliarias o llamadas, la paciente desarrolló síntomas depresivos (labilidad emocional, insomnio, pérdida de interés, disminución de autoestima, pérdida marcada de apetito) incluyendo de la misma manera la disminución de su peso, puesto que, ella aceptó el residirse en la casa de acogida con el pensamiento de que sus familiares estarían en contacto frecuentemente, lo que además coincide con un estudio realizado en Chile, en donde se evaluaron 140 adultos mayores, de

los cuales 73,6 % fueron mujeres presentaron bajo peso, malhumor, problemas gastrointestinales, tristeza y ansiedad como síntomas más comunes de su residencia, teniendo como causa en común el tener visitas con un intervalo menor a una vez por semana por parte de su familia y amigos referido por Agis et al., (2020).

En un estudio de Diaz (2019) resalta, que mediante la aplicación de la escala de Yesavage, denotando que el 24% de los adultos mayores presentan depresión establecida, sin embargo, manifiesta que con respecto a la depresión como estado se observó que el 100 % de la muestra arrojó niveles de depresión entre medio y alto, mencionando que los adultos mayores se cansaban con más facilidad que antes, estaban deseosos de desentenderse de todos los problemas que tenía, ya no se inclinaban a ver el lado bueno o positivo de las cosas y sucesos de la vida diaria, tenían dificultades con la higiene del sueño, en menor medida no sentían la necesidad de vivir, y sentían que ya nada les alegraba como antes, coincidiendo tanto la sintomatología detectada en el presente caso de estudio (pérdida de interés, pérdida de confianza o disminución de la autoestima, quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar, alteración del sueño, cambio de peso y pérdida de apetito) como los resultados del test en donde se obtuvo una puntuación de 8 puntos correspondiente a sintomatología depresiva leve.

En cuanto a la aplicación del Minimental State Examination, en donde se evidenció la ausencia de deterioro cognitivo por parte de la paciente con una puntuación de 34 puntos, resultado que se contrasta con lo señalado por Angamarca, et al. 2019, en donde, el total de la muestra estudiada (55 adultos mayores), el 91% de los institucionalizados tienen deterioro cognitivo, de los cuales 26 (52%) son del sexo masculino, 24 (48%) pertenecen al sexo femenino, además de presentar un nivel primario de educación, lo cual difiere con mi paciente ya que al tener 78 años de edad conserva su capacidad cognitiva, tomando en cuenta que su estadía en la institución no sobrepasa a 10 meses, además la paciente antes de ser diagnosticada con LNH folicular CD20+ EC IBX llevaba una vida muy activa, acudía a diversos talleres dirigidos hacia población de su misma edad, es decir siempre su cognición estuvo en constante estimulación, a pesar de que también su educación es primaria.

Por otra parte, en lo que respecta a la variable de autoestima, dentro del estudio de García y Lara (2022), en donde los participantes se autoevaluaron y establecieron juicios negativos hacia sí mismos, repercutiendo en su bienestar psicológico y envejecimiento activo y saludable, mencionando que dichos pensamientos son propios en este grupo etario, debido al constante cambio y adaptabilidad a la que se someten, se arrojó un resultado de que el 76% de la muestra presentan baja autoestima, y se destaca el hecho de que no se presentaron casos que evidenciaron autoestima alto, coincidiendo con mi caso de estudio, ya que la paciente evidentemente mantiene una baja autoestima, altamente determinada por su condición patológica y edad.

Según García (2022), tomando en cuenta sus resultados, se determinó que en los rangos de 65-80 años de edad, 46 personas presentan depresión; de los rangos 81-96 años, 25 padecen de la patología. Es decir que existe mayor probabilidad de que dentro de este rango de edad, se generen síntomas depresivos, lo que coincide con el presente caso siendo una adulta mayor de 78 años de edad, tomando en cuenta su estancia en la institución.

Dentro del estudio de Suárez y Grozz (2019), se arroja como resultado que la realización de actividades físicas y recreativas por parte de la adulta mayor ha conllevado a que no se sienta más deprimida y vulnerable. Además, manifiesta que aquellos adultos mayores que se mantienen activos y que cultivan las relaciones sociales, interactuando frecuentemente con otros grupos de personas, presentan mucha menor limitación mental que los que no lo hacen, de hecho, el aislamiento social constituye una amenaza potencial para el bienestar de las personas mayores. Es decir, el apoyo familiar brindado a la paciente mayor con deterioro cognitivo, impacta positivamente en su condición física, en su bienestar psicológico y en sus relaciones sociales. Lo cual, contrasta con lo denotado en el presente estudio de caso, ya que la paciente si bien no dispone de un deterioro cognitivo en la actualidad, tampoco mantiene un apoyo familiar vigente, por lo que esto se puede convertir en un factor de riesgo para un posible deterioro cognitivo a futuro y en su depresión. Así mismo, la inactividad de la paciente por su condición médica y edad han aportado a que la paciente desarrolle pensamientos de inutilidad al no poder realizar las actividades que

anteriormente realizaba, lo que provoca en ella sentimientos de tristeza. De la misma manera, cabe resaltar el hecho de que dentro de la institución la mayoría de residentes se encuentran en una situación crítica, por lo tanto, la paciente no mantiene relación alguna con ellos o con el personal que labora a más de los cuidados que le realizan.

Tanto Barbosa (2020) y Calvopiña (2021), coinciden en que el comportamiento del adulto mayor se va modificando al ejecutar técnicas como la reestructuración cognitiva, psicoeducación, retroalimentación y el role-playing, lo cual también puede ser reforzado por el autorregistro y la observación, con el fin de obtener mejores estrategias de afrontamiento, logrando identificar distorsiones cognitivas de la mano con el reconocimiento de dichos errores en su manera de pensar. Se menciona que las técnicas de diálogo, activación conductual, regulación emocional y respiración diafragmática son procesos muy importantes dentro del tratamiento ya que, ayudan a los usuarios a manejar sus emociones y comportamientos disfuncionales, coincidiendo con el motivo por el cual se hizo uso de la reestructuración de pensamientos, activación conductual de Jacobson, ensayo de conducta, autorregistro de emociones en el presente caso, con el fin de ayudar a que la adulta mayor entienda la relación de emociones, pensamientos, y comportamientos y a potenciar su actividad diaria mediante la práctica de actividades de su gusto.

Considerando que el sueño es catalogado como uno de los factores que más contribuyen al logro de bienestar tanto físico como emocional en las personas mayores (Martínez, et al. 2021), es importante mencionar que en el presente caso la paciente padece de insomnio debido a la falta de conciencia de su patología médica y a la desinformación que dispone sobre los cuidados de la misma, lo que ha provocado que ella no acepte el hecho de residir en la casa de acogida, lo que hace que no pueda conciliar el sueño por el hecho de tener la esperanza de querer salir de allí, situación que se asemeja y expone en el estudio de Lacambra y Delgado (2019) sobre la frecuencia de trastornos del sueño y factores que están relacionados en las personas mayores institucionalizadas, descubriendo que un 80,3% de los residentes presentan mala calidad del sueño. Así mismo, en la investigación de Cepero et al. (2020) señalan que la edad no provoca los cambios en patrones de sueño, si no, que la mayor

prevalencia de los trastornos del sueño se debe a la depresión, discapacidades físicas, enfermedades clínicas, problemas familiares, ambientales y sociales.

Por último, en cuanto a las limitantes de la intervención en el presente caso, podemos mencionar el poco espacio físico disponible para realizar las sesiones terapéuticas, el horario estricto y poco dinámico al que se tenían que acoplar los residentes, la poca interacción e involucramiento de la familia de la paciente en su estancia y por ende, en la intervención psicológica, la dificultad de movimiento por parte de N.N y las reacciones de la quimioterapia, las cuales algunas veces impidieron la intervención psicológica.

Conclusiones

Se puede concluir en base al proceso de evaluación, que el mismo dio resultados positivos ya que el emplear los instrumentos escogidos se logró de alguna manera encaminar hacia el diagnóstico definitivo, todo esto apoyado tanto de la observación y entrevista psicológica, resaltando la colaboración y disponibilidad de la paciente en todo este proceso.

En términos de diagnóstico, se llega a la conclusión de que, el mismo inicialmente considerado desfavorable debido a su estado de salud, entorno que la rodea, estancia, falta de apoyo familiar, y edad, se mantiene de la misma manera, debido a que dichos factores no son modelables. Sin embargo, es importante destacar que, en la actualidad gracias a la intervención realizada, la paciente mantiene conciencia de su patología médica, y de los cuidados que amerita la misma, motivo de su estancia en casa hogar, lo que ha permitido en ella la disminución de sintomatología depresiva.

En cuanto a la intervención de la paciente se puede concluir que gracias a las técnicas de psicoeducación se logró hacer conciencia de su patología médica y cuidados, y la etapa de vida en la que se encuentra, provocando en la paciente aceptación y adaptabilidad en casa hogar, y, por ende, mejora en sus horarios de sueño, ya que estas ideas intrusivas eran las que no permitían que la paciente consiga descansar. De la misma manera, la paciente pudo identificar la relación que existe entre sus pensamientos, emociones y conductas en su diario vivir, lo que dio paso a que ella reformule algunos pensamientos e ideas intrusivas que tenía sobre sí misma, y sobre su salud.

Así mismo, se concluye que debido a que la paciente no presentó un deterioro cognitivo significativo desde un inicio, el optar por fortalecer sus funciones mentales para prevenir la aparición de un deterioro cognitivo a futuro, mediante el desarrollo de actividades y tareas dinámicas, dio resultados positivos reflejados y manifestados por parte del personal y de la misma paciente.

Como se demuestra en los resultados, el plan terapéutico permitió que se modifique totalmente el interés en actividades placenteras, autoestima, capacidad de pensar, insomnio, reacciones emocionales ante acontecimientos estresantes, apetito y labilidad emocional,

mientras que, en cuanto a la disminución de energía, cambio en la actividad psicomotriz, y de peso, se evidenció una modificación parcial, debido a sus factores de riesgo.

Este estudio de caso tiene gran importancia, puesto que tiene un impacto significativo en términos de contribuir al conocimiento local, mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, guiar la atención de salud y aumentar la sensibilización sobre la salud mental en este grupo etario.

Recomendaciones

En cuanto a la evaluación, se recomienda que al tener esta población vulnerable tanto físico como psicológicamente alojados en casa residencial, se lleve a cabo una evaluación periódica semestral con el fin de obtener una visión actualizada del estado de los adultos mayores, lo que permitirá realizar intervenciones continuas y personalizadas en función de sus necesidades.

Así mismo en cuanto al diagnóstico, se recomienda que a pesar de los factores de riesgo que se han mencionado, se siga ofreciendo un apoyo continuo y personalizado a la paciente enfocado en su patología médica, tratamiento, autocuidado, autoestima, y estimulación cognitiva, mediante actividades sociales, para promover su bienestar emocional.

Cabe destacar que en cuanto a la estimulación cognitiva que se trabajó con la paciente se sugiere que se siga dando dentro de la institución puesto que, de esta manera se retrasa el deterioro cognitivo.

Como principal recomendación dirigida a la casa de acogida en donde reside la paciente, sería el exigir el trabajo con las familias de los residentes, ya que dichas instituciones pueden lograr sus objetivos, sin embargo, ellos siendo el círculo social más cercano y seguro a los pacientes deben de estar presentes en todo su proceso, no solamente de manera económica, sino también de manera presencial y afectiva, ya que la familia es considerada un factor protector ante estas situaciones. Cabe recalcar que dicha recomendación fue expuesta ante las autoridades de la institución en su momento, siendo la misma aceptada.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), quinta edición*. Editorial Panamericana.
- Ancamarga, D., Gonzáles, A., Muñoz, D., y Domínguez, J. (2020). Eficacia del Minimental y PFEIFFER (SPMSQ) para detectar deterioro cognitivo en mayores de 65 años. *Revista Vive*, 3 (9), 149-157. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v3i9.55>
- Arias, C., y Soliveréz, C. (2019). El bienestar psicológico en la vejez: ¿Existen diferencias por grupos de edad?. *Memoria Académica*. 2-5.
http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.12063/ev.12063.pdf
- Ariste, E. (2021). *Escucha activa*. Díaz de Santos, 1–46.
<https://www.marcialpons.es/media/pdf/9788490523155.pdf>
- Balarezo, L. y Mancheno, S. (2015). *Guía para el diagnóstico psicológico clínico y neuropsicológico*. <https://es.scribd.com/document/441695126/guia-para-el-diagnostico-psicologico-clinico-MANCHENO-Y-BALAREZO-pdf>
- Bardosa, S. (2020). *Evaluación e intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual en un caso de depresión mayor*. [Proyecto de investigación previo a la obtención de especialista en Psicología Clínica]. Universidad Pontificia Bolivariana.
[https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9078/107_1%20\(1\).pdf?sequence=1](https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/9078/107_1%20(1).pdf?sequence=1)
- Bertini, J. (1981). El diagnóstico psicológico en la clínica psiquiátrica. *Revista de psicología*, 8, 16-21. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.2356/pr.2356.pdf
- Calvopiña, R. (2021). *Terapia cognitiva-conductual en el tratamiento de la depresión en adultos mayores* [Trabajo de Titulación Modalidad Investigación Bibliográfica, presentado como requisito previo a la obtención del Título de Licenciada en Terapia Ocupacional]. Universidad central del Ecuador.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/25514/1/FCDAPD-CTO-CALVOPI%c3%91A%20ROSA.pdf>

- Cepero, P., González, G., González, G., Conde, C. (2020). Trastornos del sueño en adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica. *MediSur*, 18(1), 112-125.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000100112&lng=es&tlng=es.
- Constitución de la República del Ecuador. (2018). Registro Oficial 449 de 20 de octubre de 2008. Reformas en Registro Oficial.
- Davino de Medeiros, M., Carletti, T., Magno, M., Maia, L., Cavalcanti, Y., y Rodrigues, R. (2020). Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 20(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1452-0>
- Dahlberg, L., McKee, K., Frank, A., y Naseer, M. (2021). A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging and Mental Health*, 1876638, 1-25.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1876638>
- Deuz, J., y Deví, J. (2019). *Evaluación en Psicología Clínica en adultos*. Editorial UOC.
https://books.google.com.ec/books?id=Mai8DwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Duque, P., Hincapié, D., y Henao, O. (2022). Efectividad de un programa de estimulación cognitiva en la prevención del deterioro mental en los adultos mayores. *Arch Med (Manizales)*, 22(1), 99–108. <https://www.medigraphic.com/pdfs/manizales/amm-2022/amm2211.pdf>
- Ellis, M., Reyes, P., y Luis, M. (2021). Depresión e intento suicida en un adulto mayor. Informe de caso. *Revista Médica Electrónica de Ciego de Ávila*, 1–14.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2021/mdc211y.pdf>
- El Salous, A., Ordoñez, R., Ibarra, A., Zúñiga, L., Mosquera, C., y Arizaga, R. (2020). Evaluación del riesgo y estado ponderal en adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Guayaquil- Ecuador. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 26 (3).

[https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2020_3_07._-RENC_-D-18-0049\(3\).pdf](https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2020_3_07._-RENC_-D-18-0049(3).pdf)

Espinosa, Y., Díaz, Y., y Hernández, E. (2020). A special approach to anxiety and depression in the institutionalized aged adult. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(4), 1–13. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2020/cmi204d.pdf>

Farinango, M. (2022). *Propuesta de intervención para aumentar la autoestima en los adolescentes* [Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Magister en Psicología Clínica con mención en Psicoterapia Infantil y de Adolescentes]. Pontificia universidad católica del Ecuador.

<https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/3571/1/77867.pdf>

Flores, A., Fierros, A., Gallegos, V., Magdaleno, G., Velasco, R., y Pérez, M. (2019). Estado cognitivo y funcionalidad para las actividades básicas en el adulto mayor institucionalizado. *Cuidarte*, 9(17), 28-38.

<http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2020.9.17.72760>

García, A. (2022). *Propuesta de un plan de intervención cognitivo- conductual para la disminución de la depresión en adultos mayores*. [Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Magíster en Psicología Mención Intervención]. Pontificia Universidad católica del Ecuador.

<https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/3533/1/77823.pdf>

García, H., y Lara, J. (2022). Calidad de vida y autoestima en adultos mayores de una asociación de jubilados ecuatoriana. *SciELO*, 23 (versión 1).

<http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rchakin/n17/2550-6722-rchakin-17-00095.pdf>

García, I., Pico, E., y Paccha, C. (2021). Calidad de vida del adulto mayor en el Primer Nivel de Atención. *Polo del Conocimiento*, 6(7), 1186- 1199.

<https://doi.org/10.23857/pc.v6i7.2915>

- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Gómez, C., y Campo, A. (2010). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735–743. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy10-3.eydg>
- González, M., Piza, N., y Sánchez, P. del P. (2020). Positive psychology as a resource in the care of the elderly adult. *Revista Conrado*, 16(72), 109–115. <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/1206/1216>
- González, R., y Campos, M. de G. (2021). Activación conductual (programación de actividades) y depresión: Una mirada analítica-conductual. *Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 29(4), 1–17. <https://www.redalyc.org/journal/2745/274571372011/html/>
- Hernández, V., Solano, N., y Ramírez, P. (2021). Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. *Revista Venezolana de Gerencia*, 26(95), 530–543. <https://doi.org/10.52080/rvgluz.27.95.6>
- Lacambra, C. y Delgado, R. (2019). Factores relacionados con la calidad del sueño en mayores. *Cuidando la salud: Revista científica de enfermería*, 16, 45-51. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7099357>
- Leeson, G., y Klein, A. (2022). Population Ageing in Latin America. *Editorial board*. <https://www.ageing.ox.ac.uk/download/332>
- Ley Orgánica de las personas adultas mayores N°484, Presidencia de la República del Ecuador, Ecuador, 29 de abril de 2019.
- Linares, J., Quiroz, C., y Rueda, L. (2021). Essential competencies in a clinical psychologist for a functional application of face-to-face and online psychotherapy. *Journal of Basic*

- and Applied Psychology Research*, 2(4), 14–19. <file:///C:/Users/HP/Downloads/6661-Manuscript-36230-1-10-20201216.pdf>
- Lopezosa, C., y Codina, L. (2022). *MAXQDA para el análisis cualitativo de entrevistas: una guía para investigadores*. DigiDoc Research Group (Pompeu Fabra University). https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/54943/Lopezosa_dig_maxq.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martínez, I., Casanova, M., Casnova, D., Gonzáles, J., y Machado, F. (2021). Caracterización de la prescripción de ansiolíticos en adultos mayores institucionalizados en un hogar de ancianos. *Internacional Journal of Medical and Surgical Sciences*, 8, 1–12. <https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i1.633>
- Martínez, L., Olvera, G., y 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. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182f.pdf>
- Martínez, S. (2019). Motivos de los cuidadores para la institucionalización de ancianos. *Sanum*, 2(3), 32-39. <https://revistacientificasanum.com/articulo.php?id=60>
- Martino, P., Cervigni, M., Infante, L., Audisio, E., y Politis, D. (2020). Mini Mental State Examination (MMSE): Normative data for the Rosario Metropolitan Area, Argentina. *Vertex*, XXX(147), 1–8. <file:///C:/Users/HP/Downloads/165.pdf>
- Ministerio de Inclusión económica y social. (2015). Dirección Población Adulta Mayor. <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
- Nieto, D., Herrera, V., Mantilla, M., y Schambach, D. (2022). Protocolo virtual autodirigido de activación conductual para la depresión “Actívate .” *Psicología. Avances de la Disciplina*, 16(2), 27–43. <https://doi.org/10.21500/19002386.5713>
- Organización Mundial de la Salud “OMS”, 5 de febrero de 2018, Temas de salud, Depresión, Centro de Prensa, recuperado de <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Temas de salud. Obtenido de Envejecimiento: <https://www.who.int/topics/ageing/es/>

- Pérez, N. (2021). Diario emocional. *Revista Iberoamericana para la investigación y del desarrollo educativo*, 12(23), 4-11 .
<https://www.ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/1025/3139>
- Pramanik, S., y Biswal, S. (2020). Ageism, psychological capital and life satisfaction: A study on elderly women. *The International Journal of Indian Psychology*, 8(2), 1217- 1225.
<https://doi.org/10.25215/0802.139>
- Ramírez, E., y Vizcaíno, A. (2020). La psicoeducación y su alcance para el desarrollo de adultos en el contexto laboral. *Revista Didasc@lia: D&E*, 11, 107–123.
<file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-LaPsicoeducacionYSuAlcanceParaElDesarrolloDeAdulto-7809040.pdf>
- Ruiz, M., Diaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitiva conductuales*. Desclée De Brouwer.
<https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/304ecb650075d21dd0e2ed615276c34d.pdf>
- Rupert, E., Solis, C., y Espinoza, E. (2020). Autoestima como indicador de calidad de vida del adulto mayor: resultado de un programa de intervención en Ecuador. *Mkarimin. Revista Científica Multidisciplinaria*, 6(5), 173–182.
<http://45.238.216.13/ojs/index.php/mikarimin/article/view/2063/1440%0Ahttp://45.238.216.13/ojs/index.php/mikarimin/article/view/2063/1442%0Ahttp://45.238.216.13/ojs/index.php/mikarimin/article/view/2063>
- Sjøli, A., Glasø De Lange, A., Fjell, A., y Walhovd, K. (2021). Risk-and protective factors for memory plasticity in aging. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 28(2), 201-217.
<https://doi.org/10.1080/13825585.2020.1727834>
- Suárez, L., y Gross, R. (2019). Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. *Revista Información Científica*, 1, 88–97.
<http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v98n1/1028-9933-ric-98-01-88.pdf>
- Tena, A. (2020). *Psicoterapia integrativa: una aproximación a la práctica clínica basada en evidencias*. El Manual Moderno S.A de C.V.

<https://books.google.com.ec/books?id=9ZnODwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Villarreal, J. y Cid, M. (2022). La Aplicación de Entrevistas Semiestructuradas en Distintas Modalidades Durante el Contexto de la Pandemia. *Revista Científica Hallazgos21*. 7, 1, 52–60. <https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/article/view/556/507>

World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.

Zanchettin, S., y Mangini, S. (2020). Measuring suicide risk in the elderly with non-institutionalized depression: An integrative review. *Rev Bras Enferm*, 73(3), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0106>