



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Caso clínico: intervención psicológica en adulto mayor con
trastorno depresivo persistente**

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

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Sarmiento Chamba, Luis Fernando

Director: Ortiz Polo, Adrián Mauricio

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, 9 de junio de 2023

Magíster en Psicología Clínica

Gianella Lisset 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 Caso clínico: intervención psicológica en adulto mayor con trastorno depresivo persistente realizado por Sarmiento Chamba Luis Fernando, 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: Mgs. Adrián Mauricio Ortiz Polo

C.I.: 1105799827

Correo electrónico: amortiz5@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Luis Fernando Sarmiento Chamba, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor del Trabajo de Integración Curricular denominado: Caso clínico: intervención psicológica en adulto mayor con trastorno depresivo persistente, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: capítulo 1, marco teórico donde se detallan los datos sociodemográficos, proceso de evaluación y diagnóstico; capítulo 2, alude a la metodología y el proceso de intervención; y capítulo 3 donde se encuentran los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo Magíster Adrián Mauricio Ortiz Polo director del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

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

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

.....

Autor: Luis Fernando Sarmiento Chamba

C.I.: 1150359337

Correo electrónico: ifsarmiento@utpl.edu.ec

Dedicatoria

La presente investigación se lo dedico a aquellas personas que me han apoyado a lo largo de este proceso académico.

Primeramente, a mi familia, por brindarme ese apoyo incondicional en cada paso de este camino. A mi madre, que desde el cielo me dio las fuerzas necesarias para seguir adelante guiándome por el camino correcto; a mi padre, por estar pendiente de mi formación, dando su mayor esfuerzo para brindarme las herramientas necesarias para afrontar la vida; a mis hermanos, que me han acompañado siempre siendo ese escape de todas aquellas situaciones en las que me he sentido mal.

A mis amigas y amigos con los que he llegado a compartir innumerables momentos, permitiendo que aprenda un poco más de la vida, y que me han brindado su ayuda cuando más lo he necesitado.

Un agradecimiento al cielo, a mi abuelito que no se encuentra conmigo, pero que estoy seguro que se encuentra orgulloso de que he logrado este objetivo y que me seguirá acompañando y dándome las fuerzas necesarias para jamás rendirme.

Por último, a mí, por ser perseverante y poner el máximo esfuerzo para alcanzar esta meta tan deseada, aprendiendo de cada uno de los momentos que he tenido que experimentar.

Agradecimiento

En primer lugar, a Dios, por darme la vida y acompañarme en este camino para poder lograr mi objetivo.

Mis agradecimientos a la institución que me abrió las puertas y me brindó la oportunidad de profesionalizarme en lo que me apasiona, y a mis maestros que me acompañaron a lo largo de este proceso académico, por brindarme los conocimientos necesarios para desenvolverme como profesional.

A mi docente tutor, Mgtr. Adrián Mauricio Ortiz, por su apoyo, dedicación y profesionalismo al guiar el presente estudio de caso, ofreciéndome su ayuda y motivándome a no rendirme.

Finalmente, agradezco a mis tutoras del centro donde realice este proceso, por aportarme con su conocimiento y con las habilidades necesarias para desarrollar con éxito este proceso terapéutico.

Índice de contenido

Carátula	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice de contenido.....	VII
Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno	6
Marco teórico	6
1.1 Presentación del caso	6
1.1.1 <i>Identificación del paciente</i>	6
1.1.2 <i>Motivo de consulta</i>	7
1.1.3 <i>Historia del problema y descripción de la sintomatología</i>	7
1.2 Proceso de evaluación	8
1.2.1 <i>Entrevista con el paciente</i>	8
1.2.2 <i>Observación clínica</i>	9
1.2.3 <i>Instrumentos psicológicos aplicados</i>	10
1.3 Proceso diagnóstico.....	11
1.3.1 <i>Diagnóstico Presuntivo</i>	11
1.3.2 <i>Diagnóstico definitivo</i>	12
Capítulo dos	14

Metodología.....	14
2.1 Tratamiento/Intervención	14
2.1.1 Objetivos terapéuticos.....	14
2.1.2 Plan de tratamiento/intervención	14
2.1.3 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico. ...	16
Capítulo tres	30
Resultados	30
Discusión.....	33
Conclusiones	38
Recomendaciones.....	39
Referencias	40
Apéndice	47
Apéndice A. Mini Examen del Estado Mental de Folstein (MMSE)	47
Apéndice B. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.....	49
Apéndice C. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)	50
Apéndice D. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	51

Índice de tablas

Tabla 1 Estructura del plan de intervención de N.N.....	14
Tabla 2 Resultados pre-intervención y post-intervención del Minimental de Folstein	30
Tabla 3 Resultados pre-intervención y post-intervención de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	30
Tabla 4 Resultados pre-intervención y post-intervención del Inventario de Depresión de Beck II.....	31

Tabla 5 Resultados pre-intervención y post-intervención de la Escala de Autoestima de Rosenberg	31
Tabla 6 Resultados cualitativos de la evolución del tratamiento en N.N.	32

Índice de figuras

Figura 1 Genograma Familiar de N.N.....	6
--	----------

Resumen

El presente estudio se centra en el caso de un adulto mayor institucionalizado de 89 años, que acude a consulta debido a la presencia de sintomatología depresiva. El proceso de evaluación se llevó a cabo mediante una entrevista semiestructurada y la aplicación de cuatro reactivos psicométricos: Mini Examen del Estado Mental de Folstein (MMSE), Escala de depresión geriátrica de Yesavage, Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE), diseñados para medir diferentes aspectos, como depresión, autoestima y deterioro cognitivo. Esto permitió determinar que cumplía con los criterios necesarios para el diagnóstico de un trastorno depresivo persistente (distimia) grave sin comorbilidades, según el manual DSM-5. Como enfoque terapéutico, se optó por una terapia integrativa, combinando técnicas de la terapia cognitivo-conductual y terapia gestáltica en un lapso de 10 sesiones de tratamiento. Los resultados mostraron una disminución significativa de la sintomatología depresiva, a la par, un mantenimiento y mejoría de las funciones mentales del paciente, lo que respalda la eficacia del proceso de intervención en personas adultos mayores.

Palabras clave: depresión, adulto mayor, deterioro cognitivo.

Abstract

The present study focuses on the case of an 89-year-old institutionalized older adult, who came for consultation due to the presence of depressive symptomatology. The evaluation process was carried out by means of a semi-structured interview and the application of four psychometric items: Folstein Mini Mental State Examination (MMSE), Yesavage Geriatric Depression Scale, Beck Depression Inventory (BDI-II) and Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE), designed to measure different aspects, such as depression, self-esteem and cognitive impairment. This made it possible to determine that she met the necessary criteria for the diagnosis of severe persistent depressive disorder (dysthymia) without comorbidities, according to the DSM-5 manual. As a therapeutic approach, an integrative therapy was chosen, combining techniques of cognitive-behavioral therapy and gestalt therapy in a span of 10 treatment sessions. The results showed a significant decrease in depressive symptomatology, as well as a maintenance and improvement of the patient's mental functions, which supports the efficacy of the intervention process in older adults.

Keywords: depression, older adult, cognitive impairment.

Introducción

El envejecimiento es una fase natural y gradual del ciclo de vida, en la que ocurren cambios biológicos y psicológicos en la persona, influidos por el entorno social, económico y cultural, a lo largo del tiempo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2019), las personas de 60 años en adelante son consideradas adultos mayores, ancianos o sujetos de la tercera edad (Rodríguez, 2018; Zarebski, 2021).

Estos individuos comienzan a percibir transformaciones significativas a nivel físico, social y emocional, asociadas tanto a la edad como al contexto en el que se encuentran, evidenciando sentimientos de soledad, abandono, disminución de habilidades y capacidades, lo que puede generar una sensación de inutilidad, o en casos más graves, una depresión. Esta patología se define como un trastorno del estado de ánimo en la que se experimenta, tristeza persistente, pérdida del interés en las actividades placenteras y baja autoestima (Corea Del Cid, 2021; Sailema & Mayorga, 2021).

En los adultos mayores, la depresión es uno de los trastornos más comunes, donde se ha encontrado un predominio notorio en mujeres en comparación con los hombres. También, existe un riesgo elevado de presentar esta enfermedad en áreas rurales y de escasos recursos económicos. Asimismo, otro factor de riesgo es la edad, debido a que investigaciones recientes demostraron que las personas mayores de 75 años presentan esta patología; además, el estado civil del individuo cumple un papel importante, debido a que las personas viudas presentan un mayor índice de depresión en comparación a aquellas que se mantiene casadas (Díaz, 2020; Pérez et al., 2018).

Del mismo modo, el deterioro cognitivo es una causa subyacente de la depresión en las personas de edad avanzada; la disminución de habilidades cognitivas, como la memoria, la concentración y el pensamiento abstracto, pueden generar sentimientos de frustración, impotencia y tristeza. Además, dificulta la participación en actividades sociales y la realización de tareas diarias, lo que lleva a la pérdida de autonomía y al aislamiento social (Espinosa et al., 2020; Parada et al., 2022).

El proceso de evaluación resulta fundamental dentro de casos depresivos, en donde

la observación clínica desempeña un papel esencial al permitir verificar detalles relacionados con el lenguaje no verbal del paciente, como expresiones faciales, postura corporal y gestos, que pueden proporcionar indicios importantes para el diagnóstico. Además, el uso de reactivos psicológicos se considera una herramienta valiosa en este proceso dado que contribuyen significativamente en la obtención de datos objetivos y cuantificables, que respaldan el diagnóstico preciso y adecuado. Estos, pueden proporcionar información adicional sobre los síntomas, la gravedad de la depresión y el impacto funcional en la vida diaria del individuo, lo cual resulta fundamental para el enfoque terapéutico apropiado (Fernández-Daza & Martín Carbonell, 2019).

Por otra parte, la Terapia Cognitivo Conductual TCC y la Gestalt son terapias que se utilizan en casos depresivos. Ambos son complementarios y pueden ofrecer beneficios significativos en el abordaje de la depresión. La TCC, se centra en los aspectos cognitivos y conductuales, ayudando a los individuos a identificar o modificar los pensamientos negativos, mientras que la Terapia Gestalt, se enfoca en la experiencia emocional y en la integración de los aspectos inconscientes o corporales. Al combinar estos enfoques, se pueden obtener resultados terapéuticos más completos y duraderos para los pacientes que sufren de depresión (Calvopiña, 2021; Vallejo, 2022).

En cuanto a prevalencias, a nivel mundial, en estudios realizados en España, se pudo observar que el trastorno depresivo persistente se tasa entre el 3% y 20%, siendo más alta en adultos mayores institucionalizados. Otras investigaciones en países europeos como Italia y Portugal, un 12% y 15% de los participantes evaluados muestran sintomatología depresiva o han sido diagnosticados con algún trastorno depresivo (Portellano-Ortiz et al., 2018; Valdés et al., 2017).

De igual forma, en América Central y Norteamérica la prevalencia de esta patología es elevada. En México se realizó una investigación a personas mayores de 75 años donde se evidencia que el 59% de la población intervenida muestra una presencia de deterioro cognitivo, de los cuales el 12% exterioriza síntomas relacionados con depresión como baja autoestima o trastornos del sueño (De los Santos & Carmona, 2017; Mason et al., 2020).

A nivel nacional, se han realizado escasos análisis sobre la prevalencia de la depresión en adultos mayores. Un estudio aplicado a residentes de un asilo encontró una tasa de depresión del 70%. El proyecto Atahualpa, llevado a cabo en una población marginal de la Sierra ecuatoriana con una muestra de 280 personas mayores de 60 años, encontró una prevalencia de depresión del 12%. Además, se observó una asociación significativa entre la depresión y el deterioro cognitivo, debido a que el 60% de los adultos mayores que presentaban depresión, también mostraban signos de deterioro cognitivo. Es importante tener en cuenta que estos datos se refieren a estudios específicos realizados en determinadas poblaciones y no representan una imagen completa de la prevalencia de la depresión en todos los adultos mayores en el Ecuador (Del Brutto et al., 2015; Hermel et al., 2019).

Es por ello, que el presente trabajo de investigación se centra en poner en acción el conocimiento teórico adquirido, realizando un proceso de evaluación diagnóstico e intervención que permitan abordar de mejor manera la problemática demandada por el paciente. De igual forma, ofrece un protocolo que puede ser reproducido en casos análogos a nivel local y nacional, brindando un modelo para futuras intervenciones, al proporcionar directrices concretas y orientación para trabajos posteriores aplicados a la misma población.

Para finalizar, el estudio de caso presentado contiene tres capítulos. En el primero se aborda el marco teórico, proporcionando información detallada sobre los datos relevantes, el motivo de consulta, historia de la enfermedad, el proceso de evaluación y diagnóstico del caso clínico. El segundo capítulo se centra en la metodología, donde se describe el tratamiento y el plan de intervención aplicado al paciente. Por último, el tercer capítulo incluye los resultados obtenidos, así como la discusión, conclusiones y recomendaciones.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

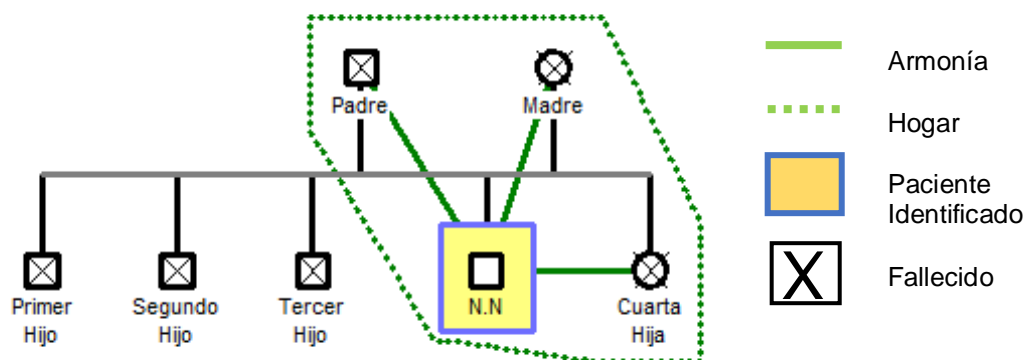
La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

1.1.1 Identificación del paciente

En el presente estudio se expone el caso de N.N, un adulto mayor de 89 años, nacido en la ciudad de Celica, actualmente reside en un centro gerontológico; de estado civil soltero, religión católica y con un nivel de escolaridad primaria.

Figura 1.

Genograma familiar de N.N.



Nota. Representación gráfica del entorno familiar de N.N.

En la **Figura 1** se presenta el genograma del paciente, en el mismo se detallan aspectos relevantes en función del sistema familiar. Con respecto a sus relaciones familiares, se observa que no existen debido al fallecimiento de todos los miembros de la familia.

1.1.2 Motivo de consulta

Paciente de 89 años acude a consulta para evaluación psicológica semestral. Durante la entrevista se puede observar que su estado emocional se encuentra disminuido, debido a que menciona “me siento mal porque nadie me viene a visitar, no tengo ya a nadie que me visite, toda mi familia falleció, eso hace que me sienta triste, y prefiera ir a mi cuarto”; cabe destacar que el paciente se desbordó emocionalmente al hablar de sus padres fallecidos.

Dentro de lo mencionado por N.N se denota pensamientos negativos sobre sí mismo, ya que detalla “soy un inútil”, “no puedo hacer nada”, “la edad hace que no pueda hacer lo que solía hacer antes”, “a veces prefiero no relacionarme con nadie, por miedo a ser rechazado”, “siento que no tengo lo suficiente para agradecerle a alguien”, lo que genera sentimientos de inutilidad afectando en su autoestima y sus relaciones sociales dentro del centro. Así mismo, se pueden identificar sentimientos de desesperanza con respecto al futuro ya que refiere “no tengo planes a futuro, ni pienso en él, por qué ya estoy viejo”.

Otros aspectos a tomar en cuenta dentro de lo mencionado por el paciente es la presencia de insomnio, dificultad para desarrollar actividades cotidianas de manera autónoma, labilidad emocional y aislamiento social.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

Paciente refiere que durante su niñez y adolescencia era una persona inquieta, con facilidad para socializar con sus compañeros de clase, sin presentar inconvenientes a nivel social y académico.

A los 18 años tuvo su primera y única relación amorosa por un lapso de dos meses aproximadamente, terminando la misma por motivos económicos. Esta situación hizo que su estado de ánimo se vea afectado, desatando pensamientos negativos sobre su aspecto físico y su nivel económico, provocaron que evitará involucrarse de manera sentimental con otros individuos. Desde la perspectiva del paciente, su autoimagen no es agradable, mantiene un diálogo interno negativo y peyorativo con respecto a sí mismo, afirma que se percibe como una persona inútil debido a su edad, con presencia de miedo a relacionarse por temor a ser rechazado.

A los 54 años los padres de N.N fallecieron, generando la aparición de sentimientos de soledad, afeción negativa en su estado de ánimo con presencia de labilidad emocional, menciona no haber podido superar esta situación por lo que prefiere no hablar acerca del tema.

A los 87 años, fue ingresado al centro residencial referido por la Cruz Roja; en este lugar aquellos sentimientos de abandono aumentaron de manera significativa, específicamente al observar la llegada de familiares a visitar a los demás usuarios. Esto provocaba que se aislé y se mantenga dentro de su dormitorio durante gran parte del día.

Cabe mencionar que no presenta consumo de sustancias o medicamentos; refiere pequeños temblores y dificultad para caminar, así mismo, no existen antecedentes familiares de enfermedades mentales; sin embargo, presenta una enfermedad renal sin diagnóstico médico definido.

Durante los últimos dos años, N.N ha presentado la siguiente sintomatología: a nivel *afectivo*: se puede evidenciar aislamiento, baja autoestima, labilidad emocional, sentimientos de minusvalía, abandono y desesperanza; *fisiológico*: temblores frecuentes en sus extremidades inferiores y dificultad para caminar; *cognitivo*: presencia de pensamientos devaluativos de sí mismo, distorsiones cognitivas como: etiquetas globales, sobre generalización; *conductual*: llanto, pérdida de apetito e insomnio.

1.2 Proceso de evaluación

El proceso de evaluación del caso de N.N se desarrolló en un total de 4 sesiones de aproximadamente 45 minutos cada una, durante dos semanas, bajo modalidad presencial; para lo cual se hizo uso de la observación clínica, una entrevista semiestructurada y cuatro reactivos psicológicos.

A continuación, se detallan de manera específica cada uno de ellos:

1.2.1 Entrevista con el paciente

La *entrevista clínica* es el paso fundamental al momento de recopilar información a fin de realizar una buena conceptualización y poder diseñar un plan de tratamiento eficaz (Luna, 2021). El tipo de *entrevista semiestructurada* permite al terapeuta realizar preguntas

adecuadas y oportunas para un mejor entendimiento del caso, mediante una estructura concreta pero flexible capaz de contribuir al proceso terapéutico (Puga & García, 2022).

- **Primera entrevista:** Durante la primera entrevista se realizó la recolección de datos sociodemográficos y el motivo de consulta. Posterior a ello, se plantearon preguntas para el desarrollo de la historia clínica. Cabe destacar que la sesión se dio por concluida debido a la manifestación de cansancio por parte del paciente. N.N mostró una actitud colaborativa y su apariencia física era acorde a su edad cronológica. Se observó un estado de ánimo decaído, acompañado de un tono de voz bajo y su discurso evidenciaba una perspectiva negativa hacia sí mismo.
- **Segunda entrevista:** El objetivo de la entrevista consistió en dar continuidad al proceso de recopilación de información, abordando aspectos como antecedentes médicos y psicológicos, y el nivel de interacción social en el centro donde reside, concluyendo con la entrevista. Se hizo hincapié en la exploración de la sintomatología, con el fin de obtener datos importantes para realizar un diagnóstico preciso. Durante esta sesión, el paciente se mostró lábil a nivel emocional con discursos peyorativos y despectivos hacia él.

1.2.2 Observación clínica

Es una técnica importante para el proceso de evaluación de un paciente. Mediante esta técnica el terapeuta puede apreciar y analizar de manera precisa y flexible las conductas de una persona en una situación determinada (López et al., 2019).

Es por ello que, en la observación clínica se pudo identificar; lucidez al momento de responder las interrogantes, una orientación alopsíquica - autopsíquica adecuada; así mismo, presentó alteración en la memoria a corto plazo; sin embargo, el pensamiento de N.N es estructurado y organizado, con presencia de distorsiones cognitivas; en cuanto al lenguaje, tiene una estructura normal, pero con un tono de voz bajo y lento. Se puede denotar un estado de ánimo decaído, así como anhedonia, sentimientos de minusvalía, abandono y desesperanza. Cabe recalcar que no existieron hábitos de consumo de alcohol o sustancias

por parte de N.N, no obstante, presenta alteración del sueño (insomnio) dificultad para caminar, temblores frecuentes y poco apetito.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Tras la recopilación de información en las entrevistas previas y considerando la sintomatología manifestada por el paciente, se llevó a cabo la aplicación de reactivos psicométricos con el objetivo de evaluar las funciones mentales, presencia de síntomas depresivos y el nivel de autoestima. A continuación, se describen los instrumentos utilizados:

- **Mini-Mental State Examination (MMSE):** Es una heteroevaluación del Dr. Marshal Folstein que permite medir el cribado cognitivo del paciente, tiene una duración de aplicación de 5 a 10 minutos y se administra de forma individual. El instrumento consta de una serie de preguntas y tareas que se agrupan en once categorías: orientación temporal-espacial, memoria, atención y cálculo, memoria diferida, denominación, repetición, comprensión, lectura, escritura, dibujo. Posee una confiabilidad alta con un alfa de Cronbach de 0,807 y una validez de contenido de 0,89 (Folstein et al., 1975; Ramírez et al., 2011).

Resultados obtenidos: La puntuación obtenida fue de 18, lo cual es un indicador de deterioro cognitivo, especialmente en funciones mentales específicas como la atención, memoria, cálculo y comprensión lectora.

- **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage:** Esta es una escala de evaluación psicológica creada por Brink y Yesavage la cual permite identificar sintomatología depresiva en la población adulta mayor. Consta de 15 ítems de respuesta dicotómica en la que se narra la sintomatología depresiva. Posee una confiabilidad aceptable, con un alfa de Cronbach de 0,751 y una validez de 0,67. (Gallegos et al., 2021; Yesavage, 1988).

Resultados obtenidos: Se obtuvo 13 puntos lo que se infiere la presencia de depresión, evidenciada en síntomas característicos de esta patología en el paciente tales como estado de ánimo decaído, sentimientos de tristeza y de inutilidad.

- **Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II):** Este reactivo psicológico fue desarrollado por Aaron Beck, el mismo permite medir la presencia y la severidad de depresión en población adulta, tiene una duración aproximada de aplicación de 5 a 10 minutos, y se administra de forma individual. En cuanto a sus propiedades psicométricas, la confiabilidad es adecuada ya que presenta un alfa de Cronbach de 0.96 y una validez de contenido de 0.99 (Pérez, 2022; Sánchez, 2019).

Resultados obtenidos: Se evidencia sintomatología depresiva severa, caracterizada por una alteración del estado de ánimo y labilidad emocional. Manifiesta sentimientos de abandono la mayor parte del tiempo. Presenta pensamientos negativos de sí mismo; insomnio, cambios en su apetito, siendo este menos de lo habitual.

- **Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE):** Consiste en un instrumento psicológico que fue creado por Morris Rosenberg, el cual tiene como objetivo explorar la autoestima basándose en los sentimientos de valía personal y de respeto propio. Consta de 10 ítems, de respuesta tipo Likert. En cuanto a sus propiedades psicométricas, se puede encontrar que es un instrumento confiable con un alfa de Cronbach de 0.837 y validez concurrente adecuada (Aguirre, 2020; Bueno et al., 2020).

Resultados Obtenidos: Se obtuvo una puntuación de 16 lo que evidencia baja autoestima, la misma que se presenta mediante pensamientos despectivos con discursos negativos sobre sí mismo.

1.3 Proceso diagnóstico

Una vez culminado con el proceso de evaluación del caso de N.N, se consideraron los criterios expuestos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) obteniendo lo siguiente:

1.3.1 Diagnóstico Presuntivo

799.59 (R41.9) Trastorno Neurocognitivo Leve No Especificado

En relación a la sintomatología presentada por N.N, se planteó como posible diagnóstico diferencial un caso de trastorno neurocognitivo leve no especificado. Esta hipótesis se basa en evidencias de un declive cognitivo moderado en uno o más dominios, los cuales están sustentados por un test estandarizado para la evaluación de funciones mentales. Así mismo, estos déficits no ocurren como consecuencia de un delirium y tampoco interfieren en la capacidad de independencia del paciente. Sin embargo, se descarta por la presencia de síntomas relacionados a depresión por un periodo de dos años, explicándose mejor por un trastorno depresivo persistente que por uno neurocognitivo. Es importante resaltar que se debe trabajar en el mantenimiento de las funciones mentales deterioradas dentro del proceso terapéutico.

300.23 (F40.10) Trastorno de ansiedad social (fobia social).

El paciente exhibe un temor marcado hacia situaciones sociales, especialmente en lo que respecta a la interacción con los demás usuarios del centro, motivado por el miedo al rechazo, la valoración negativa sobre sí mismo, acompañada de vergüenza. Sin embargo, se descarta dado que N.N mantiene relaciones limitadas con algunos usuarios del centro y el temor experimentado no genera un malestar clínicamente significativo ni un deterioro en el funcionamiento.

1.3.2 Diagnóstico definitivo

El establecimiento de un diagnóstico definitivo es un elemento crucial en el proceso psicológico, ya que permite orientar de manera adecuada y eficiente la intervención terapéutica, facilitando así la recuperación del paciente. Para lograrlo, es fundamental comprender la situación actual de la persona, identificar los factores de riesgo y protección pertinentes, evaluar la duración e intensidad de los síntomas y comprender cómo estos afectan la vida cotidiana del individuo. Al considerar estos aspectos, se optimiza la planificación y ejecución de las estrategias terapéuticas para brindar la atención más adecuada y promover una recuperación exitosa (Fernández-Ballesteros, 2013).

En el presente caso se concluye que N.N. presenta:

300.4 (F34.1) Trastorno depresivo persistente (distimia) grave.

Con base en la información proporcionada por N.N, se observa un cambio en el funcionamiento que ha persistido durante aproximadamente dos años. Este cambio se manifiesta a través de un estado de ánimo deprimido presente la mayor parte del día, casi todos los días, así como una pérdida de interés o placer en actividades que resultaban gratificantes. Además, se evidencian alteraciones en el ciclo de sueño, como insomnio, y una disminución en el apetito. Así mismo, se observa baja autoestima, sentimientos de desesperanza y una percepción de minusvalía.

Los síntomas mencionados han causado un malestar clínicamente significativo y han afectado en áreas importantes del funcionamiento social. La cantidad de estos supera el umbral mínimo requerido según los criterios diagnósticos, lo que indica la severidad del trastorno presente en el paciente. Es importante destacar que no se atribuyen a los efectos de una sustancia, medicamento u otra afección médica.

La sintomatología descrita cumple con los criterios diagnósticos del *trastorno depresivo persistente (distimia) grave sin comorbilidades*, según lo establecido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V).

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

Para el manejo de este caso, se llevó a cabo un tratamiento con un enfoque integrativo, considerando como principal enfoque la Terapia Cognitivo – Conductual, combinada con Psicoterapia Gestáltica. El tratamiento se desarrolló en 10 sesiones de aproximadamente una hora, dos veces por semana, mediante modalidad presencial.

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

- Disminuir la sintomatología depresiva a través de la aplicación de técnicas gestálticas, de relajación y de focalización de situaciones agradables.
- Abordar y modificar los patrones de pensamientos despectivos y negativos, para potenciar el desarrollo de una autoestima saludable.
- Disminuir o ralentizar el progreso del deterioro cognitivo, manteniendo el funcionamiento y potenciando las funciones cognitivas deterioradas.
- Fortalecer el conocimiento relacionado a las emociones y la higiene del sueño con el fin de mejorar la calidad de vida.

2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

Tabla 1

Estructura del plan de intervención de N.N.

Sesión	Objetivo Terapéutico	Objetivo de Sesión	Técnica	Observación
1	Fortalecer el conocimiento relacionado a las emociones y la higiene del sueño con el fin de mejorar la calidad de vida.	Identificar y regular de manera efectiva las emociones, promoviendo el bienestar emocional.	Psicoeducación Diccionario de emociones.	de
2	Abordar y modificar los patrones de	Facilitar la toma de conciencia acerca de	-Dinámica del “Yo Soy...”	

	<p>pensamientos despectivos, negativos, para potenciar el desarrollo de una autoestima saludable.</p>	<p>las y positivas individuales, para enfocándose en potenciar la autoestima.</p>	<p>las cualidades</p>		
3	<p>Disminuir la sintomatología depresiva a través de la aplicación de técnicas gestálticas, de relajación y de focalización de situaciones agradables</p>	<p>la</p>	<p>Incrementar la participación en actividades gratificantes y fomentar experiencias positivas para mejorar el estado de ánimo del paciente.</p>	<p>la</p>	<p>-Entrenamiento en focalización de atención en experiencias agradables (Savoring)</p> <p>Tarea: Leer un libro que le resulte agradable y brindar resumen a lo largo de las sesiones.</p>
4	<p>Disminuir la sintomatología depresiva a través de la aplicación de técnicas gestálticas, de relajación y de focalización de situaciones agradables.</p>	<p>la</p>	<p>Desarrollar estrategias de manejo de estrés y relajación muscular para disminuir la tensión en situaciones estresantes.</p>	<p>-Técnica de respiración diafragmática.</p> <p>-Técnica de relajación muscular progresiva.</p>	
5	<p>Disminuir la sintomatología depresiva a través de la aplicación de técnicas gestálticas, de relajación y de focalización de situaciones agradables</p>	<p>la</p>	<p>Brindar apoyo psicológico en el proceso de duelo, facilitando la expresión emocional, la aceptación de la pérdida y la adaptación saludable.</p>	<p>-Técnica de respiración.</p> <p>-Silla Vacía.</p>	
6	<p>Fortalecer el conocimiento relacionado a las emociones y la higiene del sueño con el fin de mejorar la calidad de vida.</p>	<p>el</p>	<p>Desarrollar y fomentar hábitos saludables que contribuyan a mejorar la calidad del sueño.</p>	<p>Psicoeducación.</p>	

7	Disminuir o ralentizar el progreso del deterioro cognitivo, manteniendo el funcionamiento y potenciando las funciones cognitivas deterioradas.	Preservar y mejorar las habilidades cognitivas, promoviendo un envejecimiento activo y una mejor calidad de vida.	-Técnica restauración. -Cuadernos estimulación cognitiva.	de de
8	Disminuir o ralentizar el progreso del deterioro cognitivo, manteniendo el funcionamiento y potenciando las funciones cognitivas deterioradas.	Preservar y mejorar las habilidades cognitivas, promoviendo un envejecimiento activo y una mejor calidad de vida.	-Técnica restauración. -Cuadernos estimulación cognitiva.	de de
9	Disminuir o ralentizar el progreso del deterioro cognitivo, manteniendo el funcionamiento y potenciando las funciones cognitivas deterioradas.	Preservar y mejorar las habilidades cognitivas, promoviendo un envejecimiento activo y una mejor calidad de vida	-Técnica restauración. -Cuadernos estimulación cognitiva.	de de
10	Abordar y modificar los patrones de pensamientos despectivos y negativos para potenciar el desarrollo de una autoestima saludable y mejorar el estado de ánimo.	Proporcionar estrategias sociales efectivas para mejorar el desenvolvimiento social del paciente dentro del centro residencial.	-Entrenamiento en habilidades sociales. -Modelado. -Ensayo Conductual	

Nota. En la presente tabla se describe el plan de intervención aplicado a N.N.

2.1.3 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico

Sesión 1:

La finalidad de esta sesión fue promover la habilidad de N.N. para identificar y reconocer las emociones. Para ello, se empleó la técnica de **“psicoeducación en emociones”**, la cual desempeña un papel fundamental en las intervenciones psicológicas, ya que su importancia radica en su capacidad para facilitar un mejor entendimiento de las emociones y su impacto en el estado de ánimo. Al brindar información clara y precisa, se favorece la comprensión de cómo las emociones pueden influir en la vida diaria y se promueve la toma de conciencia sobre su influencia en el bienestar emocional (Godoy et al., 2020; Lena et al., 2021).

Por otra parte, se realizó la técnica denominada **“Diccionario de emociones”** la misma que trabaja en el reconocimiento de emociones, vocabulario, consciencia emocional, expresión física y no verbal. Consiste en tomar fotografías con niños, personas o personajes que expresan una emoción y clasificarlas (Méndez, 2022).

Descripción del desarrollo de la sesión:

La sesión se inició con una fase de psicoeducación dirigida a mejorar el conocimiento N.N. sobre la importancia de identificar adecuadamente las emociones. Se utilizó una presentación de Power Point para explicar en qué consistía el concepto de "emoción", los diferentes tipos de emociones y cómo distinguirlas.

Posteriormente, se aplicó un "Diccionario de Emociones", adaptada para facilitar la comprensión por parte del paciente. La actividad se desarrolló de la siguiente manera: se le entregó a N.N. una hoja con los nombres de las cinco emociones básicas (alegría, tristeza, ira, miedo y asco). Luego se le presentaron una serie de imágenes en las que aparecían niños o personas expresando diferentes emociones. El paciente debía identificar a cuál correspondía cada figura y colocarla en el casillero correspondiente.

Al finalizar la actividad, se le preguntó a N.N. si había tenido dificultades al desarrollar el ejercicio, se proporcionó retroalimentación sobre su desempeño durante la sesión y se aclararon dudas.

Logros alcanzados

Es importante destacar como logro terapéutico que N.N. pudo identificar y clasificar correctamente cada una de las fotografías. La sesión cumplió con el objetivo de mejorar la habilidad de comprender las emociones, a través de la combinación de la psicoeducación y la actividad práctica. El conocimiento adquirido será fundamental para el desarrollo de futuras intervenciones terapéuticas y el manejo adecuado de las emociones en su vida diaria.

Sesión 2:

El objetivo de esta sesión fue abordar la baja autoestima que presenta N.N, centrándose en la reducción de los sentimientos de minusvalía y los pensamientos negativos que tiene de sí mismo. Para lograr esto, se implementó la ***dinámica del "yo soy"***, es una técnica diseñada para ayudar al paciente a identificar y reconocer las cualidades positivas que posee, con el fin de fomentar su autoestima. Se basa en la premisa de que todas las personas tienen cualidades positivas, y es fundamental aprender a identificar y expresar de manera efectiva. Su aplicación puede ser en diferentes poblaciones, tanto a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores debido a su facilidad de ejecución y adaptabilidad (Romero, 2019; Vidaña et al., 2019).

Descripción del desarrollo de la Sesión

La sesión comenzó con una breve introducción sobre el concepto de "autoestima" y su importancia para el bienestar personal. A continuación, se proporcionó a N.N una hoja con la frase "yo soy" escrita diez veces, y se le explicó que debía completar cada espacio con cualidades positivas, abarcando aspectos físicos, emocionales, habilidades o talentos. Es importante mencionar que el paciente no mostró dificultad a nivel psicomotor. Se solicitó que expresara en voz alta cada frase completada. Durante la actividad, se indagó acerca de las limitaciones encontradas y se señaló que es común para muchas personas no poder reconocer sus propias cualidades positivas debido a la tendencia de compararse con otros.

Para finalizar la sesión, se realizó un breve resumen de lo aprendido durante la actividad y se brindó la oportunidad de aclarar dudas.

Logros alcanzados

Es importante destacar como logro terapéutico que el paciente pudo completar cada una de las frases, generando en él un sentido de satisfacción por haber llevado a cabo la tarea de manera exitosa.

Sesión 3:

En esta sesión, se centró en abordar el estado de ánimo deprimido que N.N experimenta. Con este propósito, se empleó el **entrenamiento en focalización de la atención en experiencias agradables (savoring)**. Esta técnica de regulación emocional tiene como objetivo incrementar, mantener y profundizar las emociones positivas. Se basa en capacitar al paciente en dirigir su atención hacia estímulos externos que generen placer, promoviendo así la identificación de aspectos placenteros en situaciones cotidianas y prolongando el tiempo de exposición a dichos estímulos positivos. Es utilizado en diversas intervenciones para abordar problemas como ansiedad, depresión, dolor crónico, demostrando ser efectiva en la promoción de una mayor satisfacción emocional y bienestar psicológico en los individuos que la practican (Hernangomez et al., 2005; Wilson & MacNamara, 2021).

Descripción del desarrollo de la sesión

La sesión se inició con una recapitulación breve de los contenidos abordados en anteriormente. A continuación, se solicitó a N.N. que redactara en una hoja de papel los momentos y elementos que le resultaron placenteros, sin establecer un número específico de situaciones, cabe destacar que el paciente desarrollo de manera adecuada la actividad. Posterior se escogió una canción descrita en el papel para continuar con la técnica. Luego, se le indicó que se sentara de forma adecuada, adoptara una postura cómoda y cerrara los ojos. Se reprodujo la pieza musical seleccionada y se formularon preguntas orientadas a explorar las sensaciones y recuerdos asociados con la música, así como a describir esos momentos y las emociones que experimentó en ellos. El objetivo fue trabajar en la memoria afectiva de N.N., alentándolo a disfrutar de esos momentos como si los estuviera viviendo de nuevo. Al concluir, se le solicitó que abriera los ojos y compartiera sus sensaciones al recordar esos momentos.

Tras finalizar la actividad, se brindó una explicación concisa, señalando que N.N. podía realizar este ejercicio de manera autónoma en un entorno adecuado, lo cual podría contribuir a mejorar su estado de ánimo. Para concluir con la sesión, se tomó de la lista realizada, un libro para que N.N. haga lectura focalizando su atención en esta actividad y, a su vez, trabajar en aspectos cognitivos y funciones mentales, particularmente en la memoria.

Logros Alcanzados

El paciente pudo identificar de manera adecuada aquellas actividades que le resultaban gratificantes, y comprendió la importancia de practicarlos de manera recurrente para un mejoramiento en el estado de ánimo.

Sesión 4:

En esta sesión se implementó **la técnica de respiración diafragmática**, que se basa en la respiración utilizando el diafragma para asegurar una mayor oxigenación del cuerpo en comparación con la respiración superficial. Esta forma permite reducir la frecuencia cardíaca y estabilizar la presión arterial, lo que resulta efectivo para disminuir los niveles de ansiedad y estrés en los individuos. Es relevante destacar que una respiración regulada y controlada de manera adecuada contribuye a mantener un estado de ánimo saludable. Mediante esta técnica, se busca favorecer la relajación y la regulación del sistema nervioso, permitiendo al individuo alcanzar un estado de calma y bienestar. La respiración diafragmática se utiliza ampliamente en intervenciones terapéuticas relacionadas con el estado emocional y la salud mental (Martínez et al., 2018; Rodríguez, 2018).

Como complemento a la técnica anterior, se llevó a cabo la aplicación de **la técnica de relajación muscular progresiva**, la cual tiene como objetivo liberar la tensión muscular y física para promover un estado de bienestar que favorezca la reducción de la ansiedad, la mejora del sueño y la disminución del dolor. Consiste en alternar la tensión y relajación de grupos musculares específicos, siguiendo una secuencia ascendente desde la cara hasta los pies (cara, hombros, brazos, manos, pecho, espalda, muslos, piernas y pies) durante un tiempo de 15 a 20 segundos (Delgado, 2021; Ruiz et al., 2012).

Descripción del desarrollo de la sesión

La sesión se inició con un breve repaso de los contenidos tratados en previamente. A continuación, se proporcionó una explicación concisa sobre la importancia y los beneficios de la técnica de respiración diafragmática para la salud física y mental. Seguidamente, se instruyó al paciente a adoptar una postura adecuada y cerrar los ojos, mientras se le indicaba que siguiera las instrucciones del terapeuta. Se solicitó al paciente que inhalara profundamente por la nariz 5 segundos y exhalara por la boca durante el mismo período. Esta secuencia se repitió en 5 ocasiones.

Posteriormente, se procedió a aplicar la técnica de relajación muscular progresiva adaptada, centrándose en cuatro grupos musculares: rostro, brazos, espalda y piernas, con el objetivo de facilitar la comprensión y evitar la fatiga del paciente. Se realizaron tres repeticiones de 15 segundos en cada grupo muscular, instruyendo al paciente a tensar y relajar los músculos según las indicaciones. Cabe destacar que se implementó la técnica de respiración diafragmática entre cada grupo muscular.

Al concluir, se llevó a cabo una retroalimentación centrada en las experiencias y sensaciones experimentadas por el paciente durante la sesión. Se resaltó lo aprendido y se enfatizó la aplicación autónoma de las técnicas en diferentes situaciones. Se proporcionaron dos tarjetas con instrucciones para su referencia futura. Finalmente, se ofreció la oportunidad de plantear cualquier duda o inquietud.

Logros Alcanzados

El paciente realizado de manera adecuada cada una de las técnicas aplicadas durante la sesión, las sensaciones mencionadas por N.N se enfocaron en que se sintió más relajado, lo que demuestra la efectividad de la técnica en el manejo del estrés.

Sesión 5:

En la presente sesión se trabajó en el estado de ánimo deprimido generado por el fallecimiento de sus padres. Para trabajar en este aspecto, se empleó la **técnica de la silla vacía**, la cual pertenece al enfoque terapéutico de la psicoterapia gestáltica; misma que se define como un método de intervención que busca reintegrar en el paciente situaciones no resueltas; consiste en recrear un encuentro imaginario con una persona o situación ausente,

permitiendo dialogar y establecer contacto emocional con dicha experiencia. A través de la proyección en la silla vacía, se busca facilitar un proceso de aceptación y brindar la oportunidad de encontrar una conclusión satisfactoria para ese momento vivido. Es importante destacar que durante la aplicación de esta técnica se recomienda el uso de la respiración diafragmática, con el propósito de mantener una estabilidad emocional en el paciente (Poza et al., 2023; Vallejo, 2022).

Descripción del desarrollo de la sesión

La sesión 5 comenzó con un breve resumen, recordando al paciente el procedimiento de la respiración diafragmática que se utilizaría en esta ocasión. A continuación, se le indicó a N.N. que adoptara una postura adecuada, sentándose con la espalda recta y enfocando su atención en la silla vacía colocada frente a él. Después de cerrar los ojos, se aplicaron 2 repeticiones de respiración diafragmática como preparación antes de iniciar la técnica de la silla vacía.

Una vez terminado el proceso de respiración, se le requirió al paciente que imagine un lugar que le resultara agradable y describa aspectos del mismo, como el sonido del viento, el color del cielo, entre otros. Seguidamente, se solicitó que imaginara a lo lejos una puerta y que esta se abrirá. Por esa puerta entrarían las personas que él extrañaba en esos momentos. Se le pidió que mencionara quiénes eran y que las describiera en términos generales, como su apariencia y vestimenta. Posteriormente, se invitó al paciente a imaginar que esas personas tomaron asiento en las sillas colocadas frente a él y que comenzara a dialogar con ellas. Se le animó a contarles todo lo que había vivido en los últimos años y expresar lo que ha sentido desde su partida.

Para finalizar, se le pidió a N.N. que dijera unas palabras de despedida y que, al terminar de hablar, se acercara a ellos y les diera un fuerte abrazo. Posteriormente, relató cómo sus padres se levantaron de las sillas y se dirigieron hacia la puerta. En ese momento, se escuchó un golpe y la puerta se cerró, dejando a la persona sola. Como parte del ejercicio final, se aplicó nuevamente la técnica de respiración diafragmática. Al completar la respiración, se le pidió que abriera los ojos.

Para culminar la sesión, se le preguntó al paciente qué sensaciones le había dejado el desarrollo de esta actividad, mencionando que le resultó difícil al inicio poder imaginar lo que se le narraba, pero con el pasar del tiempo pudo hacerlo, sintiéndose alegre por haber hablado con sus padres de nuevo. Es necesario mencionar que, durante el desenlace de la silla vacía, N.N. experimentó un desborde emocional, por lo que fue necesario brindarle contención emocional para estabilizarlo.

Logros Alcanzados

Se pudo desarrollar la actividad de manera adecuada, se logró que el paciente pueda despedirse de sus padres, trabajando en su estado de ánimo para que el mismo mejore.

Sesión 6:

En la presente sesión se aplicó la técnica de ***psicoeducación en higiene del sueño*** con el objetivo de abordar la dificultad que experimenta N.N. para conciliar el sueño. El enfoque principal fue proporcionar orientación y pautas sobre hábitos de sueño saludables. La calidad del sueño es crucial para el funcionamiento adecuado y el bienestar en las actividades diarias, especialmente en adultos mayores. Por tanto, es esencial brindar educación psicológica en este ámbito, ofreciendo medidas y directrices que promuevan un sueño reparador. Esto tendrá un impacto positivo en la respuesta física e intelectual durante el día (Herrero, 2021; Vidaña et al., 2019).

Descripción del desarrollo de la sesión

La sesión se inició con una presentación en PowerPoint que introdujo a N.N. al concepto de "higiene del sueño", haciendo hincapié en la importancia de mantener un horario regular para descansar y destacando las pautas necesarias para lograr una mejoría en la calidad de sueño. Posteriormente, se le entregaron a N.N. tarjetas con imágenes que representaban cada una de las pautas expuestas. Se explicó cada una de ellas, utilizando ejemplos para lograr la comprensión de cada una y su influencia en la consecución de un sueño reparador.

Posteriormente, se solicitó a N.N. que identificara las pautas que más le interesaron y aquellas en las que creía no haber cumplido anteriormente antes de ir a descansar. Para

finalizar, se creó un horario personalizado que establecía horas específicas para el descanso diario, con el objetivo instaurar un hábito saludable en N.N. Es importante mencionar que las tarjetas utilizadas durante la sesión fueron obsequiadas a N.N., tal como él lo solicitó.

Se concluyó la sesión proporcionando retroalimentación sobre lo abordado y resolviendo cualquier duda que pudiera haber surgido.

Logros Alcanzados

Como logro terapéutico, se consiguió que el paciente comprenda y adquiera el conocimiento necesario para mejorar su calidad de sueño.

Sesión 7:

En esta sesión se abordó el deterioro cognitivo del paciente mediante **estimulación cognitiva** que se define como un conjunto de estrategias diseñadas para rehabilitar a personas con deterioro cognitivo, con el objetivo de mejorar su funcionamiento emocional buscando fortalecer los recursos cognitivos del paciente y promover su bienestar emocional (Arteaga, 2020; Martínez, 2020).

Para ello, se aplicó la **técnica de restauración**, que tiene como objetivo mejorar los aspectos ejecutivos deficientes al intervenir directamente sobre ellos. Se busca estimular y potenciar las capacidades cognitivas afectadas a través de la realización repetitiva de tareas cognitivas, ya sea utilizando métodos tradicionales como papel y lápiz, o utilizando tecnología informática (Muñoz et al., 2009).

El recurso utilizado para la ejecución de esta técnica fue **“cuadernos de estimulación cognitiva”** desarrollados por (Chaminade & Pérez, 2008) los mismos que son una serie de libro didácticos exclusivos para trabajar las funciones mentales en adultos mayores. Estos cuadernos ayudan de manera significativa a pacientes con deterioro cognitivo o demencias mediante el planteamiento de actividades enfocadas al desarrollo y el mantenimiento de funciones como: memoria, calculo, lenguaje, atención, entre otras.

Descripción del desarrollo de la sesión

La sesión 7 comenzó con un breve resumen de la sesión anterior, destacando el aprendizaje adquirido por el paciente. A continuación, se llevó a cabo una psicoeducación

sobre la estimulación cognitiva y su importancia en el mantenimiento y desarrollo de las funciones mentales. Se proporcionó al paciente un libro para su uso durante las sesiones y se explicaron las actividades a realizar, enfocadas en reforzar funciones cognitivas como memoria, cálculo, atención y lenguaje. Se anunció que la sesión se centraría en trabajar la memoria y la atención, a través de actividades diseñadas para ejercitar la memoria a corto y largo plazo, así como la atención.

Durante la sesión, se llevó a cabo un total de 5 actividades de estimulación cognitiva, divididas en 3 actividades de memoria y 2 actividades de atención. Ante las dificultades presentadas, se observó un progreso gradual a medida que el paciente avanzaba en su desarrollo.

Al finalizar las actividades, se realizó una revisión de las mismas, con el objetivo de que el paciente pudiera percibir su mejora a medida que avanzaba en las tareas. Esto permitió trabajar en la motivación y autoestima de N.N. Para concluir la sesión, se proporcionó una retroalimentación sobre lo realizado, explicando cómo fortalecer la memoria en actividades de la vida cotidiana. De esta manera, se finalizó la consulta.

Logros Alcanzados

Se pudo observar una mejoría gradual al momento del desarrollo de las actividades de memoria, lo que responde a la eficacia de los ejercicios aplicados y como ayudaron a la función cognitiva trabajada en esta sesión.

Sesión 8:

Para el desarrollo de esta sesión se hizo uso una vez más **estimulación cognitiva** mediante la **técnica de restauración** utilizando los cuadernillos de estimulación cognitiva citados anteriormente.

Descripción del desarrollo de la sesión

Se trabajó en el deterioro cognitivo relacionado con las habilidades matemáticas, centrándose en las dificultades que presentaba N.N. al realizar operaciones de cálculo. Se inició con un breve resumen de lo trabajado anteriormente, enfocándose en recordar las

actividades realizadas, las dificultades experimentadas y los aspectos relevantes para continuar trabajando en la memoria.

A continuación, se presentaron cinco actividades en el cuadernillo de estimulación cognitiva, diseñadas específicamente para trabajar las operaciones matemáticas básicas, como suma, resta, multiplicación y división. Es importante destacar que, durante las actividades de multiplicación y división, se observaron mayores dificultades, por lo que se brindó apoyo y se motivó al paciente a seguir intentando resolverlas.

Una vez completadas las actividades, se revisaron las respuestas con el objetivo de lograr comprender la dinámica. Además, se proporcionó una explicación sobre cómo se pueden aplicar estas operaciones en la vida cotidiana. Para finalizar, se solicitó a N.N. que explicara con sus propias palabras lo aprendido durante la actividad y qué aspectos le resultaron difíciles.

Logros Alcanzados

Se observó que el paciente tuvo un progreso positivo conforme se desarrollaban las actividades de cálculo, demostrando que la sesión tuvo éxito.

Sesión 9:

Se realizó con el objetivo de culminar con el proceso de intervención en el deterioro cognitivo que presenta N.N. mediante la implementación de la **técnica de restauración** con cuadernillos de estimulación cognitiva.

Descripción del desarrollo de la sesión

La sesión se inició con una breve introducción que resumió lo trabajado en las sesiones anteriores de estimulación cognitiva, centrándose en reforzar los contenidos aprendidos y trabajar la memoria de N.N. Una vez finalizada la recapitulación, se procedió a desarrollar las actividades relacionadas con la literatura y el lenguaje. Se presentaron a N.N. cinco actividades que abarcaban aspectos como sinónimos y antónimos, estructuras de oraciones, conjuntos de palabras y comprensión lectora.

Es importante destacar que N.N. encontró dificultades en algunas de las actividades, especialmente en la comprensión lectora. Por lo tanto, se brindó una explicación adicional

sobre cómo abordarla y se aclararon las dudas para evitar que el paciente se desmotive o se frustre.

Una vez finalizadas las actividades, se procedió a revisar todas las respuestas y se realizó una corrección conjuntamente con N.N., explicando los errores cometidos y ayudando al paciente a comprender cual era la respuesta adecuada. El objetivo fue que N.N. aprendiera a partir de los errores y comprendiera mejor los conceptos abordados. Finalmente, se realizó un breve resumen de todas las actividades y de lo aprendido en relación con el lenguaje, culminando así la sesión.

Logros Alcanzados

Se observó que el paciente tuvo un progreso positivo conforme se desarrollaban las actividades de lenguaje, demostrando que la sesión fue eficaz.

Sesión 10:

La sesión se desarrolló con el objetivo de que el paciente adquiriera habilidades necesarias para un buen desenvolvimiento a nivel social, específicamente dentro del centro residencial en el que se encuentra, para ello se utilizó el **Entrenamiento en habilidades sociales**, la cual consiste en una serie de técnicas que sirven para evaluar, modificar, enseñar, practicar y optimizar todas las aptitudes que están afectando a la calidad de vida del paciente (Aranda, 2018; Varela & Mustaca, 2021).

En esta sesión se utilizaron dos técnicas: el modelado y el ensayo conductual. **El modelado** consiste en mostrar al paciente cómo realizar una habilidad correctamente y establecer normas sobre lo que no se debe hacer. Es recomendado para pacientes que tienen dificultades para comprender solo con indicaciones, especialmente en adultos mayores, ya que les ayuda a entender y realizar las tareas de manera más efectiva. **El ensayo conductual** se llevó a cabo después de que el paciente entendió la habilidad a través del modelado. Consiste en practicar la conducta adquirida mediante un role-playing en un contexto controlado, permitiendo la observación y proporcionando retroalimentación adecuada (Calvopiña, 2021; Fernández-Ballesteros, 2013).

Descripción del desarrollo de la sesión

Se trabajó en las habilidades sociales del paciente, con el objetivo de mejorar su interacción con otros usuarios del centro. Se utilizó la técnica de modelado, en la cual se le pidió al paciente observar las conductas del terapeuta y tomar nota de aquellas que considerara interesantes y útiles para su propia conducta. Luego, se realizó un ensayo conductual mediante un role-playing, donde el paciente puso en práctica las habilidades que había tomado del modelado, para evaluar su comprensión y aplicación exitosa.

Después del ensayo, se brindó retroalimentación destacando la importancia de aplicar adecuadamente las habilidades aprendidas en situaciones reales, como en el centro residencial. Para finalizar, se agradeció la colaboración del paciente a lo largo del proceso de intervención psicológica y se lo motivó a continuar trabajando en base a lo aprendido.

Logros Alcanzados

Se pudo observar una mejoría significativa en cuanto a las relaciones sociales que presentaba el usuario, demostrando que las habilidades y estrategias adquiridas en la sesión fueron comprendidas y puestas en práctica.

Sesión 11

La sesión tuvo como objetivo llevar a cabo la evaluación post tratamiento, la cual desempeña un papel crucial tanto en el ámbito médico como en el psicológico. Esta valoración es fundamental para medir la efectividad de las intervenciones y ajustar el enfoque terapéutico según las necesidades del paciente. Además, permite analizar los resultados obtenidos, detectar posibles efectos secundarios y mejorar la calidad de la atención brindada. En psicología, el retest facilita la identificación de cambios emocionales, cognitivos y conductuales, y contribuye a una mejora continua, constituyendo una herramienta esencial para asegurar la eficacia y personalización de la terapia, promoviendo así el bienestar a largo plazo (Prieto et al., 2022).

Descripción de la Sesión

La sesión se inició con un breve resumen de lo que se había desarrollado durante el proceso terapéutico, centrándose en los logros alcanzados y su importancia para mejorar el estado de ánimo y la calidad de vida del paciente. A continuación, se aplicaron los mismos

instrumentos utilizados durante la evaluación para comprobar la eficacia del tratamiento y determinar qué aspectos de la sintomatología presentada por N.N. habían mejorado.

Una vez finalizada la aplicación de los reactivos, se llevó a cabo una entrevista como parte del cierre de la terapia. Durante esta entrevista, se agradeció al paciente por su colaboración a lo largo de la intervención y se le animó a seguir aplicando las herramientas adquiridas durante el proceso en su vida diaria.

Capítulo tres

Resultados

En el presente capítulo se desarrollan los resultados obtenidos en el abordaje clínico y proceso de evaluación realizado en N.N, tomando como referencia dos métodos de análisis: cuantitativos y cualitativos.

3.1. Análisis de resultados cuantitativos

Para el análisis cuantitativo, se aplicaron 4 instrumentos psicométricos durante la pre intervención, los mismos que se emplearon en la sesión 11 como proceso de evaluación post intervención.

Tabla 2

Resultados pre-intervención y post-intervención del Minimental de Folstein

Instrumento	Pre-intervención	Post-intervención
Mini-Mental State Examination (MMSE)	Puntuación: 18/30 Deterioro Cognitivo	Puntuación: 19/30 Deterioro Cognitivo

Nota. Resultados obtenidos pre, post-intervención del MMSE

En la **Tabla 2** se muestran los resultados del pre-test y post-test del instrumento MMSE. El puntaje obtenido en el pre-test fue de 18 puntos, mientras que en el post-test de la sesión de intervención se incrementó a 19. Esto indica una leve mejoría en N.N. Es importante destacar que este progreso se observó específicamente en el área de la memoria, lo cual es positivo considerando la edad del paciente.

Tabla 3

Resultados pre-intervención y post-intervención de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Instrumento	Pre-intervención	Post-intervención
Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	Puntuación: 13/15 Depresión Establecida	Puntuación: 5/15 Sin Depresión

Nota. Resultados obtenidos pre, post-intervención de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

La **Tabla 3** presenta los resultados del pre-test con 13 puntos y post-test con 5 puntos utilizando la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Después de la intervención, se observó una disminución de los síntomas depresivos y una notable mejora en el estado de ánimo de N.N, reflejando un notable progreso en el bienestar emocional del paciente.

Tabla 4

Resultados pre-intervención y post-intervención del Inventario de Depresión de Beck II

Instrumento	Pre-intervención	Post-intervención
Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)	Puntuación: 36/63 Depresión Grave	Puntuación: 18/63 Depresión Leve

Nota. Resultados obtenidos pre, post-intervención del BDI-II

En la **Tabla 4** se presentan los resultados del pre-test y post-test utilizando el Inventario de Depresión de Beck. Se observa una disminución significativa en los niveles de sintomatología depresiva en N.N., evidenciado por la diferencia entre los puntajes obtenidos en la evaluación pre intervención, siendo de 36, y post intervención, de 18. Aunque se evidencia una mejoría considerable, es importante destacar que persisten algunos síntomas remanentes que requieren atención adicional.

Tabla 5

Resultados pre-intervención y post-intervención de la Escala de Autoestima de Rosenberg

Instrumento	Pre-intervención	Post-intervención
Escala de Autoestima de Rosenberg	Puntuación: 15/40 Baja Autoestima	Puntuación: 28/40 Alta Autoestima

Nota. Resultados obtenidos pre, post-intervención de la Escala de Autoestima de Rosenberg

En la **Tabla 5** se presentan los resultados del pre-test y post-test utilizando la Escala de Autoestima de Rosenberg. Antes de la intervención, se contempló una autoestima relativamente baja en el paciente, reflejada en un puntaje de 15, mientras que en la evaluación posterior se evidenció una mejora significativa, con 28 puntos. Estos hallazgos sugieren un aumento en la autoestima de N.N., indicando una reducción notable en los pensamientos negativos de minusvalía y autodevaluación.

3.1. Análisis de resultados cualitativos

En cuanto al análisis cualitativo se utilizó la ficha de observación propuesta por Fernández-Ballesteros, (2013) con el fin de comparar aquellos aspectos identificados en el proceso de evaluación, con los presentados tras haber culminado la intervención terapéutica, en la **Tabla 6** se detalla los resultados obtenidos:

Tabla 6

Resultados cualitativos de la evolución del tratamiento en N.N.

Conductas y aspectos con afectación inicial	Evolución			Observación o razón
	Se mantuvo, es decir, no hubo cambio.	Cambió parcialmente	Se extinguió o se modificó	
Tono de voz bajo		X		Existe un aumento en el tono de voz, mostrando mayor seguridad al momento de hablar.
Estado de ánimo decaído		X		Se muestra más animado y activo.
Llanto fácil	X			Se presenta en una frecuencia menor e intensidad.

Nota. En la presente tabla se describen los resultados cualitativos de la ficha de observación de N.N.

En la **Tabla 6** se evidencian cambios significativos en N.N, reflejando un progreso en los aspectos afectados al inicio del proceso de intervención. Se observa un aumento en el estado de ánimo, una disminución en los pensamientos autodevaluativos, así como un tono de voz más energético y un lenguaje optimista y positivo. Estos resultados indican una notable reducción en la sintomatología depresiva manifestada por N.N.

Discusión

En el presente caso clínico, se abordó la problemática de un adulto mayor de 89 años que, cumple con los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo persistente grave, sin comorbilidades, de acuerdo con el DSM-5. Es importante destacar que la depresión se caracteriza por afectar la salud física, mental, emocional y social de las personas, limitando sus actividades diarias y su funcionamiento general (Moreno et al., 2019). En el caso de los adultos mayores, especialmente aquellos con edades superiores a los 75 años, existe un aumento en el riesgo de desarrollar depresión, mismo que se ve agravado si el individuo carece de una red de apoyo social o si se encuentra institucionalizado en un centro residencial. Además, el nivel de educación es un factor desencadenante en este trastorno, ya que puede generar pensamientos de inutilidad y dificultad para llevar a cabo las actividades cotidianas (Baldeón et al., 2019; Parada et al., 2022).

En relación a los criterios del DSM-5, se observa en el caso de N.N la presencia de la siguiente sintomatología: un estado de ánimo deprimido persistente durante más de dos semanas, acompañado de pérdida de apetito, insomnio, sentimientos de inutilidad y desesperanza. Estos hallazgos se respaldan con un estudio de caso en el que se examina a un adulto mayor que experimenta depresión. En dicho estudio se observan síntomas como un estado de ánimo deprimido, pensamientos de inutilidad, disminución del apetito e insomnio. Estos pueden ser atribuidos a factores desencadenantes tales como la falta de redes de apoyo, el abandono y pérdidas significativas (Lliguisupa et al., 2020; Mantilla et al., 2019; National Institute on Aging, 2020).

Es por ello que, en el proceso de evaluación, se utilizaron instrumentos psicométricos reconocidos para medir variables como la depresión, la autoestima y la cognición. Específicamente, se aplicaron el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE), el Minimal State Examination (MMSE) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Estas herramientas son ampliamente utilizadas en la valoración de dimensiones relacionadas con la depresión y el estado cognitivo en adultos mayores.

Los instrumentos RSE, Yesavage y BDI-II se utilizaron para evaluar la sintomatología depresiva presente en el caso de N.N. Los mismos han sido aplicados en estudios previos con adultos mayores para identificar la presencia de sintomatología depresiva, baja autoestima u otros factores desencadenantes. Otras investigaciones han respaldado la confiabilidad y validez de estos reactivos, lo que los convierte en herramientas frecuentemente utilizadas tanto en poblaciones infantiles y adolescentes como en adultos mayores (Aguirre, 2020; Gallegos et al., 2021)

El MMSE se utilizó para valorar las funciones cognitivas de N.N y detectar posibles deterioros cognitivos. Este instrumento fue empleado en un estudio de caso con un adulto mayor institucionalizado, con el objetivo de evaluar sus funciones cognitivas y detectar cualquier deterioro que pudiera indicar la presencia de algún trastorno neurocognitivo. Varios estudios realizados con adultos mayores institucionalizados de 70 años en adelante han utilizado el MMSE debido a su facilidad de aplicación, breve duración y capacidad para evaluar de manera sencilla las principales funciones cognitivas. Además, se ha demostrado que es confiable para identificar trastornos neurocognitivos en adultos mayores (Angamarca et al., 2021; Cruz, 2019; Tapia et al., 2020).

Con base en lo expuesto, se destaca la relevancia de adoptar un enfoque integrativo en el presente caso, con el objetivo de abordar de manera completa las necesidades del paciente. Es crucial garantizar que se satisfagan todas las dimensiones implicadas, permitiendo la aplicación de diversas técnicas y estrategias que puedan contribuir de forma positiva a la recuperación.

La terapia principal empleada en el proceso terapéutico fue la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), la cual se utilizó en conjunto con diversas técnicas. Entre ellas se encuentran la psicoeducación, el entrenamiento en focalización de la atención en experiencias agradables, las técnicas de respiración y relajación, la estimulación cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales. Resultados similares fueron evidenciados en un estudio de caso realizado por Espinosa et al. (2020), en adultos mayores con depresión. La aplicación de técnicas de entrenamiento en habilidades sociales mostró mejoras notables en

la autoestima de los participantes, así como en la adquisición de estrategias que les permitieron fortalecer sus relaciones sociales (Casey, 2017).

Diversos análisis han destacado los efectos positivos de las técnicas de respiración diafragmática y de relajación muscular de Jacobson en adultos mayores. Estas han demostrado generar cambios significativos, ya que proporcionan a los individuos herramientas para hacer frente a situaciones de estrés. Como resultado, se observa un aumento en el estado de ánimo de los usuarios y una mejoría en la forma como afrontan las situaciones estresantes, lo que contribuye a prevenir el desarrollo de psicopatologías como la depresión y la ansiedad, entre otras (Granizo, 2019; Solenzal et al., 2020). Estos mismos resultados fueron los que se evidenciaron en N.N tras la aplicación de estas técnicas lo que corrobora de manera significativa lo fundamental que son dentro de un proceso terapéutico.

El uso de la estimulación cognitiva en la intervención terapéutica de N.N. resultó ser altamente beneficiosa, ya que contribuyó de manera significativa al mantenimiento o mejora de las funciones mentales afectadas. Esto, a su vez, se asoció con un aumento en la autoestima y un estado de ánimo más elevado. Estos hallazgos son consistentes con un estudio realizado por Santos (2020), quien aplicó la técnica de estimulación cognitiva en adultos mayores institucionalizados. Los resultados obtenidos en dicho estudio fueron similares a los observados en el caso de N.N., respaldando la importancia de incorporar la estimulación cognitiva como una herramienta terapéutica en personas con deterioro cognitivo.

Además de la Terapia Cognitivo-Conductual, se incorporaron técnicas de la Terapia de la Gestalt en el abordaje terapéutico de N.N., específicamente la técnica de la silla vacía, con el objetivo de trabajar el duelo experimentado por el paciente. La aplicación de esta técnica resultó relevante debido a su eficacia en el tratamiento de la depresión relacionada con pérdidas significativas. Se observó la silla vacía fue útil en el proceso terapéutico, ya que permitió a N.N. realizar un cierre y una despedida simbólica con sus padres, lo que promovió una liberación emocional. Resultados similares se encontraron en un estudio de caso realizado con una adulta mayor que experimentaba un duelo establecido. En este estudio, la técnica de la silla vacía se utilizó para abordar las pérdidas no resueltas, y se observaron

avances positivos en el estado de ánimo y las conductas asociadas a las pérdidas después del tratamiento. Estos hallazgos respaldan la eficacia de la técnica de la silla vacía en el manejo del duelo tanto en casos patológicos como no patológico (Vallejo, 2022; Vidaña et al., 2019).

Los resultados obtenidos después de la intervención en N.N. revelaron una disminución significativa en la sintomatología depresiva y un aumento en la autoestima del paciente. Además, se observó un desarrollo positivo de las habilidades sociales, las cuales fueron aplicadas de manera efectiva dentro del entorno residencial en el que N.N. se encuentra actualmente. Así mismo, se evidenció un mantenimiento de las funciones mentales del paciente, particularmente en aspectos como la memoria y la atención. Los mismos respaldan la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en combinación con la Terapia Gestáltica en el tratamiento de la depresión en adultos mayores. La literatura científica ha señalado que esta combinación terapéutica mejora la adaptación de las técnicas al contexto del paciente, abordando de manera integral las necesidades individuales y promoviendo una mejor calidad de vida (Gutiérrez, 2021; Murillo, 2022).

En general, se evidencia una notable mejoría en el estilo de vida de N.N., manifestada a través de una mayor estabilidad emocional. Esto se logró mediante la implementación de estrategias, técnicas y ejercicios que le brindaron al paciente herramientas para afrontar de manera efectiva las situaciones desencadenantes de los síntomas depresivos. Además, se observó un fortalecimiento en la autoaceptación de N.N., lo cual se tradujo en una significativa mejoría en su autoestima y un mayor sentido de seguridad al interactuar con los demás residentes del centro. Estos resultados resaltan la importancia de intervenir de manera integral en el ámbito emocional y psicológico del paciente, implementando técnicas psicoterapéuticas que promuevan la autorregulación emocional, la autoaceptación y el fortalecimiento de la autoestima. Así mismo, subrayan la relevancia de fomentar la interacción social y la participación activa en el entorno residencial, lo cual contribuye al bienestar general y la calidad de vida de los adultos mayores.

En cuanto a las limitaciones del caso, se observó un ritmo más lento en el desarrollo de las sesiones debido al nivel cognitivo del paciente, lo que implicó que se pudieran abordar, como máximo, dos técnicas por intervención. Además, el tiempo disponible para consulta fue ajustado debido a las responsabilidades y actividades propias del centro residencial en las que el paciente participaba, lo que dificultó mantener un proceso terapéutico continuo. Estas dificultades resaltan la necesidad de adaptar la intervención terapéutica a las capacidades y circunstancias específicas de N.N. El nivel cognitivo y las restricciones de tiempo representan factores importantes a considerar al planificar y ejecutar las sesiones de terapia.

Conclusiones

Con base a lo mencionado a lo largo del presente estudio de caso se concluye que:

El uso de instrumentos psicométricos validados, como el BDI-II, RSE, MMSE y Yesavage, resultan fundamental para evaluar de manera precisa la sintomatología depresiva, la autoestima y el estado cognitivo en adultos mayores. Estos reactivos permiten obtener datos objetivos y confiables para orientar el proceso de intervención terapéutica.

En cuanto al diagnóstico, se ha determinado que el uso del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), es una herramienta confiable para orientarse en el caso presentado a lo largo de este documento, ya que permite identificar de manera concreta cada uno de los aspectos de la patología descrita.

La combinación de enfoques terapéuticos, como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia de la Gestalt, resulta efectiva en el tratamiento de la depresión en adultos mayores, ya que brindan herramientas para trabajar en la reestructuración de pensamientos distorsionados, el manejo del duelo y la mejora de habilidades sociales, contribuyendo a la disminución de los síntomas depresivos.

Por último, la aplicación de técnicas psicoterapéuticas, como la respiración diafragmática, la relajación muscular, la estimulación cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales, demuestran ser eficaces en el tratamiento de la depresión en adultos mayores. Las mismas brindan estrategias prácticas para manejar el estrés, mejorar el estado de ánimo y fortalecer las habilidades cognitivas y sociales, lo que contribuye a una mejor calidad de vida del paciente.

Recomendaciones

Para una evaluación integral de la sintomatología depresiva, autoestima y estado cognitivo en adultos mayores, se sugiere utilizar instrumentos psicométricos validados como el BDI-II, RSE, MMSE y Yesavage. Estos reactivos proporcionan una base sólida de datos objetivos y confiables para guiar el proceso terapéutico. Se recomienda que los profesionales de la salud mental se capaciten en el uso adecuado de los mismos y estén familiarizados con su interpretación.

Es recomendable utilizar el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) como herramienta para diagnosticar la depresión y complementarlo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Estos manuales proporcionan una guía más sólida al terapeuta al momento de establecer un diagnóstico, lo que resulta beneficioso para una evaluación más precisa y una mejor orientación en el tratamiento

En el tratamiento de la depresión en adultos mayores, se sugiere combinar enfoques terapéuticos como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia de la Gestalt ya que brindan un sinnúmero de técnicas para abordar trastornos depresivos. Se recomienda que los terapeutas se capaciten en estas terapias y adapten las estrategias a las necesidades y características individuales de cada paciente.

Finalmente, para optimizar los resultados del tratamiento en adultos mayores con depresión, se recomienda trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud, como médicos geriatras, para abordar de manera integral los aspectos físicos, emocionales y cognitivos de la enfermedad.

Referencias

- Aguirre, Y. (2020). Evidencias *psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosenberg*. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 1(2). 12-13
- Angamarca, D., González, Á., Muñoz, D., & Domínguez, J. (2021). Eficacia del mini mental 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>
- Aranda, R. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 5, 816–818. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2418>
- Arteaga, F. (2020). estimulación cognitiva y su influencia en las funciones ejecutivas de un adulto mayor del centro gerontológico el buen vivir Babahoyo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 7(2) 54-55.
- Baldeón, P., Luna, C., Mendoza, S., & Correa, L. (2019). depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 19(4), 47–52. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v19i4.2339>
- Bueno-Pacheco, A., Lima-Castro, S., Arias-Medina, P., Peña-Contreras, E., Aguilar-Sizer, M., & Cabrera-Vélez, M. (2020). Factor structure, invariance and psychometric properties of the rosenberg self-esteem scale in the ecuadorian context. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 3(56), 87–100. <https://doi.org/10.21865/RIDEP56.3.07>
- Calvopiña, R. (2021). Terapia cognitiva-conductual en el tratamiento de la depresión en adultos mayores. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 165-172.
- Casey, D. (2017). Depression in Older Adults: A Treatable Medical Condition. *Primary Care - Clinics in Office Practice*, 44(3), 499–510. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.007>
- Chaminade, A., & Pérez, L. (2008). *Cuadernos Mayor 1: Fichas De Actividades Para Mayores* (Editorial EOS, Vol. 1).
- Corea Del Cid, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(1), 46–52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89isupl.1.12047>

- Cruz, A. (2019). Caracterización de una población de adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos. *UDCA*, 6, 15–19.
- De los Santos, P., & Carmona, S. (2017). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud En Mesoamérica*, 15(2). <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>
- Del Brutto, O., Mera, R., Del Brutto, V., Maestre, G., Gardener, H., Zambrano, M., & Wright, C. (2015). Influence of depression, anxiety and stress on cognitive performance in community-dwelling older adults living in rural Ecuador: Results of the Atahualpa Project. *Geriatrics and Gerontology International*, 15(4), 508–514. <https://doi.org/10.1111/ggi.12305>
- Delgado, C. (2021). Relajación muscular progresiva de Jacobson para disminuir la ansiedad y favorecer la calidad de vida de las personas adultas mayores. *Revista Ciencias de la Actividad Física UCM*, 19(1). 34-45.
- Díaz, L. (2020). Calidad de vida su vínculo con la depresión en el adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*, 24(3), 32–35. www.revcmpinar.sld.cuCCBY-NC4.0
- Espinosa, Y., Díaz, Y., & Hernández, E. (2020). Una mirada especial a la ansiedad y depresión en el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2, 15–18. <http://orcid.org/0000-0001-8827-1267>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica Conceptos, métodos y estudio de casos*. (Pirámide, Vol. 2).
- Fernández-Daza, M., & Martín Carbonell, M. (2019). Manual básico para la evaluación psicológica de adultos mayores institucionalizados y sus familias. *Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia.*, 1(3), 45–49. <https://doi.org/https://doi.org/10.16925/gcgp.15>.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). “Mini-mental state”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

- Gallegos, W., Muñoz, A., & Rivera, R. (2021). Análisis psicométrico de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en adultos mayores de la Macroregión Sur del Perú. *Revista Enfermería Herediana*, 12, 11–19. <https://doi.org/10.20453/renh.v12i0.3960>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psychoeducation in mental health: a tool for families and patients. In *Revista Médica Clínica Las Condes* 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>
- Granizo, T. (2019). *Aplicación de la Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson para disminuir la ansiedad del adulto mayor entre los 65 a 80 años en el Centro Diurno del Adulto Mayor "FUNSEM."* [Doctorado]. Universidad Central del Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/20033>
- Gutiérrez, R. (2021). Eficacia de programas de intervención en casos de depresión: una revisión sistemática. *Humanidades médicas*, 17(2), 306-322.
- Hermel, E., Abril-Ulloa, V., & Lorena, E. (2019). Prevalence of malnutrition and associated factors among the elderly of Gualaceo, Ecuador. *Revista Chilena de Nutrición*, 46(6), 675–682. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182019000600675>
- Hernangomez, L., Vázquez, C., & Hervas, G. (2005). Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor. *Terapia Psicológica: Casos Prácticos*, 5–7. <https://www.researchgate.net/publication/320677039>
- Herrero, A. (2021). Aprendiendo a conocer y manejar el insomnio Información para el paciente. *Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias*, 1, 45–46.
- Lena, M., Triana, A., Ugalde, L., José, M., Placeres, F., Cristóbal, M., Simpson, M., Yalenis, M., Fajardo, V., Yanelis, L., & Landín, J. (2021). Emotional support in elder people toward COVID-19: an urgent need. *Revista Médica Electrónica*. <https://orcid.org/0000-0003-2581-8186>
- Lliguisupa, V., Álvarez-Ochoa, R., Bermejo, D., Ulloa, A., & Estrada, J. (2020). Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Revista Ciencias Pedagógicas E Innovación*, 8(1), 16–21. <https://doi.org/10.26423/rcpi.v8i1.310>

- López, E., Benítez, X., León, M., Maji, P., Domínguez, D., & Báez, D. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 1817–5996. www.revreumatologia.sld.cu
- Luna, C. (2021). La Entrevista Psicológica en casos de depresión y ansiedad generalizada. *Revista iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(1), 39-52.
- Mantilla, M., Fernández, C., & Silva, S. (2019). acompañamiento psicológico a adulto mayor en proceso de duelo por amputación supracondílea: un estudio de caso. *Revista de Psicología GEPU*, 2, 15–17. <https://revistadepsicologiagepu.es.tl/>
- Martínez, C. (2020). *estimulación cognitiva de la atención en adultos mayores* [Doctorado]. Universidad Tecnológica Indoamérica.
- Martínez-González, L., Olvera-Villanueva, G., & Villarreal-Ríos, E. (2018). Investigation Effect of the deep breathing technique on the level of anxiety in older adults. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 2, 99–100.
- Mason, D., Suasnavas, G., Suasnavas, V., & Villamar, J. (2020). Prevalencia de depresión en adultos mayores que asisten a consulta externa de un hospital público, Quito 2018. *Revista Médica-Científica Cambios HECAM*, 19(1), 6–13. <https://doi.org/10.36015/cambios.v19.n1.2020.445>
- Méndez, E. (2022). Guía didáctica a través de actividades lúdicas para el desarrollo de la Inteligencia Emocional en niños y niñas de 3 a 4 años del Centro de Educación Inicial Mamy´s Day Care. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 52, 149-159.
- Moreno-Gordillo, G., Trujillo-Olivera, L., García-Chong, N., & Tapia-Garduño, F. (2019). Suicidio y depresión en adolescentes: una revisión de la literatura. *Revista Chilena de Salud Pública*, 3, 40–41. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2019.55041>
- Muñoz, E., Galpasoro, N., González, B., Lubrini, G., Periañez, J., Ríos, M., Sánchez, I., Tirapu, J., & Zulaica, A. (2009). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica* (UOC, Vol. 2).

- Murillo, D. (2022). Programa basado en terapia Gestalt individual para fortalecer el nivel de resiliencia en una paciente con estrés postraumático distrito Víctor Larco, 2021: Estudio descriptivo – propositivo. *Psicología y Salud*, 26(2), 185-193.
- National Institute on Aging. (2020). *Las personas mayores y la depresión*. <https://lc.cx/vddong>
- Parada, K., Guapisaca, J., & Bueno, G. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 77–93. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>
- Pérez, A. (2022). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck en adultos mayores de la Ciudad de Piura. *Humanidades médicas*, 17(2), 306-322.
- Pérez, Á., Oviedo, D., & Britton, G. (2018). Deterioro cognitivo leve y depresión en el adulto mayor. *Investigación Y Pensamiento Crítico*, 6(2), 5–12. <https://doi.org/10.37387/ipc.v6i2.84>
- Portellano-Ortiz, C., Garre-Olmo, J., Calvo-Perxas, L., & Conde-Sala, J. L. (2018). Depression and associated variables in people over 50 years in Spain. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(4), 216–226. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.10.003>
- Poza, I., Cales de Juan, J., & Escarabajal, M. (2023). Silla Vacía: La Realidad Proyectada. *Revista de Psicoterapia*, 34(124), 165–174. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i124.35689>
- Prieto, S., Cañizares, M., & Suárez, M. (2022). Estudio comparativo de la concentración de la atención en boxeadores, antes y después de la intervención psicológica. *Revista de Ciencia y Tecnología En La Cultura Física*, 3(17), 1124–1140.
- Puga, J., & García, M. (2022). La Aplicación de Entrevistas Semiestructuradas en Distintas Modalidades Durante el Contexto de la Pandemia. *Revista Científica Hallazgos*, 7, 52–60. <http://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/>
- Ramírez, C., Moncada, A., & Baptista, T. (2011). Validez y confiabilidad MMSE y 3MS en diagnóstico demencia. In *MedULA* (Vol. 20).
- Rodríguez Medina, D. A. (2018). Efectos psicofisiológicos de la respiración diafragmática y la estimulación térmica sobre la actividad autonómica del estrés agudo. *Acta de*

Investigación Psicológica, 8(2), 101–113.

<https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2018.2.09>

Rodríguez, N. (2018). Envejecimiento: Edad, salud y sociedad. *Horizonte Sanitario*, 17(2), 82–88.

Romero, E. (2019). efecto del taller de comunicación e integración para incrementar la autoestima en los adultos mayores, casa Francisca Navarrete, huacho. *Revista cubana de investigaciones biomédicas*, 35(4), 366-374.

Ruiz, A., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (Biblioteca, Vol. 1).

Sailema, V., & Mayorga, D. (2021). La Depresión en adultos mayores por Covid-19 durante la emergencia sanitaria. *La U Investiga*, 8(1), 107–116.

<https://doi.org/10.53358/lauinvestiga.v8i1.534>

Sánchez-Pachas, D. (2019). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) in a clinical sample. *Revista de Investigación En Psicología*, 22, 39–52.

<https://doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>

Santos, C. (2020). efectividad del programa de estimulación cognitiva en adultos mayores, centro del adulto mayor ESSALUD. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 25-31

Solenzal, T., Amaró, M., Díaz, G., & Díaz, C. (2020). Depresión en Adulto Mayor Institucionalizado. Hogar de Ancianos de Sancti Spíritus. 2017. *I Jornada Científica Virtual CaliMay 2020.*, 2, 15–20.

Tapia, V., Llamuca, J., Miranda, J., & Macías, Y. (2020). Test Minimental para el diagnóstico temprano del deterioro cognitivo. *INNOVA Research Journal*, 5(3.1), 315–328.

<https://doi.org/10.33890/innova.v5.n3.1.2020.1544>

Valdés, M., Gonzales, J., & Salisu, M. (2017). Prevalence of depression and risk factors associated to cognitive impairment in elderly. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4). <http://scielo.sld.cu>

- Vallejo, R. (2022). Elaboración de dos duelos con terapia Gestalt: el caso de una mujer adulta mayor. *DIVULGARE*, 9(18), 39–43.
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/divulgare/issue/archive>
- Varela, A., & Mustaca, A. (2021). Habilidades Sociales e Intolerancia a la Frustración en adultos argentinos. *Revista ConCiencia EPG*, 6(2), 99–116.
<https://doi.org/10.32654/concienciaepg.6-2.7>
- Vidaña, M., González, M., Rodríguez, A., Martínez, N., & Urquidez, R. (2019). Calidad de Vida del adulto mayor desamparado, asilado en Ciudad Juárez Chihuahua. *Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, 2(5), 177–190.
<http://cathi.uacj.mx/20.500.11961/9994>
- Wilson, K., & MacNamara, A. (2021). Saborear el momento: aumento voluntario de la emoción positiva y la persistencia de este efecto a lo largo del tiempo. *Psicofisiología*, 3, 13–18.
<https://doi.org/10.1111/psyp.13754>
- Yesavage, J. (1988). Geriatric Depression Scale. In *Psychopharmacology Bulletin* (pp. 709–711). <http://books.google.com>
- Zarebski, G. (2021). La Organización Mundial de la Salud (OMS): del envejecimiento saludable a la vejez como enfermedad. Desafíos para la gerontología. *Gerontology Today*, 1(2), 13–23.

Apéndice

Apéndice A. Mini Examen del Estado Mental de Folstein (MMSE)

Figura A1.

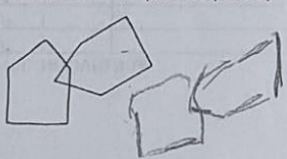
Imagen del Mini Examen del Estado Mental de Folstein1

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL ¹ (Folstein et al. 1975) FICHA N° 3c					
Nombre del Usuario:	[REDACTED]		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:					
Edad 83	Años:	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por:	
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO					
En qué Día estamos (fecha):		0	1		
En qué mes:		✓			
En qué año					✓
En qué día de la semana					✓
¿Qué hora es aproximadamente?		✓			✓
PUNTUACIÓN (máx. 5)					
ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO					
¿En qué lugar estamos ahora?		0	1		
¿En qué piso o departamento estamos ahora?		✓			
¿Qué barrio o parroquia es este?		✓			
¿En qué ciudad estamos?					✓
¿En qué país estamos?					✓
PUNTUACIÓN:(máx. 5)					
MEMORIA					
<p>CONSIGNA: "Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita".</p> <p>*Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo, luego pídale a persona adulta mayor, que las repita. Otorgue un punto por cada respuesta correcta. Se repiten las palabras hasta que la persona se las aprenda (máx. 6 ensayos) pero únicamente se puntúa la primera repetición o ensayo.</p>					
Papel		0	1		
Bicicleta					✓
Cuchara					✓
PUNTUACIÓN: (máx. 3)					
ATENCIÓN Y CÁLCULO:					
<p>CONSIGNA: "Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100".</p>					
93		0	1		✓

Nota. Resultados obtenidos en la pre intervención del MMSE aplicado a N.N

Figura A2.

Imagen del Mini Examen del Estado Mental de Folstein 2

86		✓	
79		✓	
72		✓	
65		✓	
MEMORIA DIFERIDA		Puntuación: (máx. 5)	
CONSIGNA: "Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio".			
Papel		✓	1
Bicicleta		✓	
Cuchara		✓	
DENOMINACIÓN		Puntuación: (máx. 3)	
CONSIGNA: "Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo se la puedo decir una vez, así que ponga mucha atención".			
"ni sí, ni no, ni pero"			
		0	1
			✓
			✓
REPETICIÓN DE UNA FRASE		Puntuación: (máx. 2)	
CONSIGNA: "Le voy a dar unas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que las voy a decir. Solo las puedo decir una vez".			
"TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO"			
		0	1
Tome este papel con la mano derecha			✓
Dóblelo por la mitad			✓
Déjelo en suelo			✓
LECTURA.		Puntuación: (máx. 3)	
CONSIGNA: "Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale a la persona adulta mayor que lo lea y que haga lo que dice la frase"			
		0	1
			✓
ESCRITURA.		Puntuación: (máx. 1)	
CONSIGNA: "Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje"			
		0	1
			✓
COPIA DE UN DIBUJO.		Puntuación: (máx. 1)	
CONSIGNA: "Copie por favor este dibujo tal como está"			
		0	1
			✓
Puntuación Total: (máx. 30 puntos)		Puntuación: (máx. 1)	
			
FIRMA DEL EVALUADOR			
Puntuaciones de Referencia:			
27-30	Normal		
24-26	Sospecha Patológica		
12-23	Deterioro		
9-11	Demencia		

⇒ 18 pts

Nota. Resultados obtenidos en la pre-intervención del MMSE aplicado a N.N

Apéndice B. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Figura B1.

Imagen de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE¹
FICHA N° 3d

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)				
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad:	Años	Meses	Fecha de aplicación:	Aplicado por:

INSTRUCCIONES:
Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	SI	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	no
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	si	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	no
13.	¿Se siente lleno de energía?	si	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	no
Las respuestas que indican depresión están en NEGRITA Y MAYÚSCULAS . Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO .			Total: 13 / 15

FIRMA DEL EVALUADOR

Nota. Resultados obtenidos en la pre-intervención aplicados a N.N

Apéndice C. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)

Figura C1.

Imagen de la Escala de Autoestima de Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)
(Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	②	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	①	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	①	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	④
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	③	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	①	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	②	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	④
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	④
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	③	4

Nota. Resultados obtenidos en la pre-intervención de RSE aplicado a N.N

Apéndice D. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Figura D1.

Imagen del Inventario de Depresión de Beck 1

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil: Soltero Edad: 89 Sexo: M.
 Ocupación: Sin ocupación Educación: Básica Fecha: 11/11/2022

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

1. **Tristeza**
 - 0 No me siento triste.
 - 1 Me siento triste gran parte del tiempo
 - ② Me siento triste todo el tiempo.
 - 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2. **Pesimismo**
 - 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
 - 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
 - 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
 - ③ Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3. **Fracaso**
 - 0 No me siento como un fracasado.
 - 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
 - 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
 - ③ Siento que como persona soy un fracaso total.
4. **Pérdida de Placer**
 - 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
 - 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
 - ② Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 - 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. **Sentimientos de Culpa**
 - 0 No me siento particularmente culpable.
 - ① Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

Nota. Resultados obtenidos en la pre-intervención del BDI-II aplicado en N.N

Figura D2.

Imagen del Inventario de Depresión de Beck 2

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6. Sentimientos de Castigo**
0 No siento que este siendo castigado
① Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.
- 7. Disconformidad con uno mismo.**
0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
③ No me gusto a mí mismo.
- 8. Auto crítica**
0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
② Me critico a mí mismo por todos mis errores
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
- 9. Pensamientos o Deseos Suicidas**
① No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Querría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
- 10. Llanto**
0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo
② Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
- 11 Agitación**
0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
① Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
- 12 Pérdida de Interés**
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
② He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.
- 13. Indecisión**

Nota. Resultados obtenidos en el BDI-II aplicados a N.N

Figura D3.

Imagen del Inventario de Depresión de Beck 3

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

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

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

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

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

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

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

Nota. Resultados obtenidos en el BDI-II aplicado a N.N

Figura D4.

Imagen del Inventario de Depresión de Beck 4

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

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

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

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

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

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

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

Nota. Resultados obtenidos en el BDI-II aplicado a N.N