



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Intervención psicoterapéutica con enfoque integral
(cognitivo conductual y ACT) en una adulta mayor con
síntomas de estrés relacionados a conflictos familiares**

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

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Salgado Jimbo, Ariel José

Director: Cabrera Sandoval, Pablo Andrés

LOJA

2024



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

2024

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 19 de septiembre de 2024

Magíster

Gianella Lisseth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad. -

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: "Intervención psicoterapéutica con enfoque integral (cognitivo conductual y ACT) en una adulta mayor con síntomas de estrés relacionados a conflictos familiares" realizado por Ariel José Salgado Jimbo ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Magíster Pablo Andrés Cabrera Sandoval

C.I.: 1104027394

Correo electrónico: pacabrera15@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Ariel José Salgado Jimbo, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor del Trabajo de Integración Curricular denominado: “Intervención psicoterapéutica con enfoque integral (cognitivo conductual y ACT) en una adulta mayor con síntomas de estrés relacionados a conflictos familiares” de la carrera de Psicología Clínica específicamente de los contenidos comprendidos en: capítulo uno, marco teórico, capítulo dos, metodología, y capítulo tres, resultados, discusión, recomendaciones y referencias siendo Pablo Andrés Cabrera Sandoval 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: Ariel José Salgado Jimbo

C.I.: 1105599136

Correo electrónico: josearielsalgado@hotmail.com

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo a Paola, Manuel, Homero, Mercedes, Víctor Hugo, Doménica, Cristian, Carolina y María Paula.

Agradecimiento

Agradezco a mi madre por su amor incondicional y su incansable esfuerzo para verme convertido en un profesional, es ella quien día a día me enseña el valor de la perseverancia y me motiva a seguir adelante. A mi padre, le doy las gracias por cultivar en mí la curiosidad para adentrarme en el mundo del saber. A mis abuelitos, Homero y Mercedes, les agradezco por ser el pilar que me impulsa a ser mejor cada día.

También expreso mi gratitud a todos los familiares y amigos que me han apoyado durante este camino y que llevaré siempre en el corazón.

Índice de contenido

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
Índice de contenido	VI
Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción	3
Capítulo uno	8
Marco teórico	8
1.1 Presentación del caso	8
1.1.1 <i>Identificación del paciente</i>	8
1.1.2 <i>Motivo de consulta</i>	9
1.1.3 <i>Historia del problema y descripción de la sintomatología</i>	9
1.2 Proceso de evaluación.....	11
1.3 Proceso diagnóstico	19
1.3.1 <i>Diagnóstico presuntivo</i>	19
1.3.2 <i>Diagnóstico diferencial</i>	19
1.3.3 Diagnóstico definitivo	21
Capítulo dos.....	22
Metodología	22
2.1 Tratamiento/Intervención.....	22
2.1.1 <i>Objetivos terapéuticos</i>	23
2.1.2 <i>Plan de tratamiento/intervención</i>	23
Capítulo tres	46

Resultados	46
Discusión	50
Conclusiones.....	56
Recomendaciones.....	57
Referencias.....	58

Índice de tablas

Tabla 1 Resultados Pre-Intervención: Mini-Examen del Estado Mental (MMSE).....	13
Tabla 2 Resultados Pre-Intervención: Escala de Depresión Geriátrica de Yesevage (GDS-15)	15
Tabla 3 Resultados Pre-Intervención: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	16
Tabla 4 Resultados Pre-Intervención: Escala de Estrés Percibido (PSS-14).....	17
Tabla 5 Resultados Pre-Intervención: Índice de Barthel.....	18
Tabla 6 Plan psicoterapéutico	23
Tabla 7 Resultados de seguimiento de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesevage.....	46
Tabla 8 Resultados de seguimiento del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	47
Tabla 9 Resultados de seguimiento de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14).....	47
Tabla 10 Exploración de los resultados cualitativos de la observación y entrevista clínica	48

Índice de figuras

Figura 1 Genograma de la paciente	8
--	----------

Resumen

El presente estudio de caso aborda la intervención psicoterapéutica integral en una paciente de 71 años con diagnóstico de problemas estresantes que afectan a la familia y el hogar, codificado en el CIE 10 como Z63.7. Inicialmente, la paciente presentó altos niveles de estrés debido a conflictos familiares y dificultades económicas. Se utilizó un enfoque combinado de Terapia Cognitivo Conductual y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para mejorar su calidad de vida. Este enfoque permitió a la paciente identificar y modificar patrones de pensamiento negativos, manejar mejor sus emociones, superar la necesidad de controlar factores ajenos a su persona, desarrollar una actitud más abierta y flexible respecto a los conflictos interpersonales y presentar mayor participación en actividades gratificantes. Los resultados mostraron una reducción significativa del estrés y una mejora en el bienestar emocional. Este caso subraya la eficacia de un enfoque multidimensional para el tratamiento de problemas relacionados con el estrés familiar en adultos mayores.

Palabras clave: estrés familiar, adulto mayor, Terapia Cognitivo Conductual, Terapia de Aceptación y Compromiso.

Abstract

The present case study addresses the integral psychotherapeutic intervention in a 71-year-old female patient with diagnosis Z63.7, related to stressful problems affecting the family and home mentioned in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). Initially, the patient presented high levels of stress due to family conflicts and economic difficulties. A combined approach of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) was used to improve her quality of life. This approach allowed the patient to identify and modify negative thought patterns, to manage her emotions more effectively, to accept the need for control as a problem, to develop a more open and flexible attitude, and to present more involvement in rewarding activities. The results showed a significant reduction in stress and an improvement in emotional well-being. In the last session, the techniques learned were reinforced and recommendations were provided to maintain the advances. This case highlights the effectiveness of a multidimensional approach to the treatment of family stress-related problems in the elder.

Keywords: family stress, elderly, Cognitive Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy.

Introducción

La adultez mayor se define como una etapa significativa en la vida del ser humano, caracterizada por diversos cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales. Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales y a un mayor riesgo de enfermedad (OMS, 2022). Además de los aspectos biológicos, el envejecimiento incluye transiciones vitales y factores psicosociales que pueden afectar al bienestar del individuo, como la jubilación, mudanzas, la pérdida de seres queridos, cambios en el rol familiar, reducción en la actividad social, entre otros más. (Papalia y Martorell, 2017)

De la misma forma en que la población de adultos mayores aumenta progresivamente, también lo hace la prevalencia de trastornos mentales en este grupo etario, entre las que se incluyen depresión, ansiedad, Alzheimer, esquizofrenia y consumo de sustancias. (Cummings y Kropf, 2017). Según la Organización Mundial de la Salud (2023), los trastornos de salud mental en los adultos mayores constituyen una parte significativa de la carga mundial de morbilidad. A su vez, estas condiciones se encuentran relacionadas con consecuencias adversas en las que se incluyen mayor requerimiento de uso de servicios de salud, mayor deterioro de la funcionalidad, tasas más elevadas de deterioro cognitivo, mayores tasas de suicidio y detrimento en la calidad de vida (Petkus y Wetherell, 2013).

En Suecia, Osmanovic y colaboradores (2015) encontraron que la prevalencia de estrés según el tercio superior de la población fue del 7,8% en adultos mayores a 81 años, del 7,5% en adultos entre 72 a 78 años y del 6,2% en adultos de 66 años. Por su parte, Doris et al. (2018) observaron que, de una muestra compuesta por 231 personas con edades desde los 60 años en adelante, el 31,6% presenta estrés, siendo la preocupación por actividades pendientes y la relación con los convivientes algunos de los factores relacionados que se evidenciaban entre los participantes. Un estudio realizado en la ciudad de Cuenca encontró que, de una muestra de 398 adultos mayores, el 78,9 % presenta algún grado de estrés (Barrionuevo, 2019).

En el área investigativa, los estudios sobre el estrés psicológico se centran en eventos ambientales que sobrecargan la capacidad de afrontamiento de una persona y en sus respuestas individuales, como el estrés percibido y las emociones negativas resultantes. (Cohen, et al., 2007). Sin embargo, las revisiones sistemáticas de salud mental en adultos mayores no evidencian estudios que se enfoquen de forma específica en las causas y consecuencias del estrés en adultos mayores, aunque se considerada una problemática subyacente en la presencia de otros trastornos mentales, específicamente de depresión, ansiedad y déficits cognitivos (McEwen y Akil, 2020; Gálvez- Olivares, et al, 2020; Calozuma y Cherres, 2020).

Además, el estrés prolongado puede intensificar cualquier problema emocional derivado de eventos traumáticos pasados, aumentar los pensamientos suicidas, alterar el sistema inmune propiciando la fragilidad, la reducción de la funcionalidad, las enfermedades coronarias, osteoporosis, artritis inflamatoria y demás enfermedades. (APA, 2008). Otros síntomas asociados son irritabilidad, manifestaciones de impaciencia, falta de consideración con los demás y molestias constantes como dolor de estómago, espalda, cabeza, caída del cabello, vértigos, estreñimiento, entre otras (Barrientos y Díaz, 2018).

El estrés es considerado como un proceso adaptativo que permite al individuo evaluar y enfrentar las circunstancias de su entorno, así como también anticipar y manejar desafíos futuros. (McEwen y Akil, 2020). El estrés psicológico se produce cuando una persona percibe que las demandas del entorno superan su capacidad de afrontamiento. (Cohen, et al., 2007). Las demandas ambientales continuas, sean físicas, o psicosociales, pueden llevar a una sobrecarga del sistema encargado de la respuesta ante el estrés, lo que resulta en efectos perjudiciales para la salud cerebral, por ende, los trastornos afectivos pueden considerarse trastornos del estrés donde los circuitos neuronales encargados de controlar la reactividad al estrés no operan de manera ideal. (McEwen y Akil, 2020) Aunque varios aspectos de estas patologías pueden ser hereditarios en cierto grado, la vulnerabilidad a estas se encuentra relacionada con la manera en que el individuo reacciona al entorno (Akil et al., 2018)

En su revisión enfocada en estrés, Thomaes (2002) menciona que las personas de mayor edad mantienen un afrontamiento pasivo con menor estrategias enfocadas a la solución de problemas y a la búsqueda de ayuda. Además, los autores mencionan que no contar con una persona que pueda brindar ayuda en caso de enfermedad genera estrés y angustia en muchos miembros de esta población.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es uno de los principales enfoques de tratamiento psicológico. Se centra en identificar y modificar patrones negativos de pensamiento y conducta, basándose en la premisa de que los pensamientos, comportamientos y sentimientos están interrelacionados, por lo que realizar adaptaciones en alguno de estos aspectos puede influir positivamente en los demás. Emplea técnicas basadas en evidencia que permiten ayudar a los individuos a desarrollar habilidades para el manejo de estrés, resolución de problemas y mejora del estado emocional (Ruiz, et al., 2012; Beck, et al., 2010). La TCC es efectiva para tratar trastornos mentales en adultos mayores, como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y trastorno obsesivo compulsivo (Carmin, 2012).

El enfoque de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) adjudica la inflexibilidad psicológica y la evitación experiencial como principales causas de malestar en los individuos, encontrándose presentes dentro de la mayor parte de manifestaciones psicopatológicas. (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Wetherell et al., 2011). Las características de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en adultos mayores respaldan este enfoque, así como diversos estudios apoyan la hipótesis de que la evitación experiencial y conductual genera efectos adversos en esta población. (Petkus y Wetherell, 2013). Además, la distinción entre trastornos no es necesaria para su aplicación., lo que permite la aplicación de principios y técnicas de ACT de manera flexible y adaptativa, según las necesidades y circunstancias individuales del paciente, en lugar de seguir un protocolo rígido basado en un diagnóstico específico. (Petkus y Wetherell, 2013).

Los adultos mayores son una población a menudo desatendida respecto al tratamiento psicológico (Petkus y Wetherell, 2013). La mayoría de adultos mayores que

requieren tratamientos de salud mental no los reciben, ya que la problemática suele ser ignorada, descartando los síntomas como un fenómeno relacionado a la edad (Carmin, 2012). Además, estudios han mostrado que muchos adultos mayores pueden no ser conscientes de que están experimentando problemas de salud mental, lo que destaca la necesidad urgente de aumentar la conciencia y la educación sobre este tema en esta población (Gum et al., 2009).

En este contexto, se conceptualiza a la familia como uno de los principales entornos en los que el individuo consigue un desarrollo saludable tanto a nivel físico como psicológico. La OMS (2022) agrega que, aunque la mayoría de complicaciones de salud en personas mayores se relaciona a su predisposición genética, el entorno social es uno de los factores con mayor influencia dentro de estas variaciones. El clima familiar y el apoyo social cobran especial relevancia, dado que tienen una influencia significativa en el ajuste psicosocial del adulto mayor. Por ello, debido a problemas o conflictos existentes en la dinámica familiar o la falta de redes de apoyo, esto puede verse afectado, creando un entorno inadecuado y desfavorable para el adulto mayor, lo cual provoca malestar, expresado en forma de: depresión, ansiedad, soledad; lo que conlleva a problemas de salud física y mental, y una disminución en la calidad de vida (Kelly et al., 2017).

El diagnóstico Z63.7, relacionado con problemas derivados de hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar, resalta la importancia de considerar el impacto de los factores contextuales y relacionales en la salud mental de los adultos mayores. En este trabajo, se presenta el caso clínico de una adulta mayor con este diagnóstico que pertenece a un centro de atención de adultos mayores, empleando un enfoque integral que considera tanto los aspectos individuales como contextuales del estrés, y la efectividad de las intervenciones basadas en TCC y ACT para promover el bienestar emocional en esta etapa de vida.

La sistematización de este caso clínico, además de permitir el desarrollo académico en la carrera de Psicología Clínica, resulta de gran importancia para la práctica profesional en el contexto institucional. Este trabajo permite un análisis detallado del proceso de

evaluación y diagnóstico psicológico, facilitando la identificación de posibles mejoras o ajustes en futuras intervenciones. Asimismo, sirve como guía práctica que demuestra la eficacia de diversas técnicas psicológicas adaptadas al contexto del paciente, lo cual puede ser de gran utilidad para los profesionales que buscan estrategias efectivas para intervenir en casos similares en la mejora de la atención clínica.

Además, dada la escasez de información relacionada con diagnósticos de la categoría otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario del CIE 10 en la región, este estudio proporciona una base fundamental para la implementación de un proceso psicológico en casos similares. A su vez esto permitirá la mejora de la calidad de la atención ofrecida a los usuarios dentro de la institución y contribuye al desarrollo de estrategias más efectivas para abordar los problemas de salud mental en adultos mayores, beneficiando así a la sociedad en general.

El estudio abarca tres capítulos: marco teórico, donde se presenta el caso junto con el proceso de evaluación y de diagnóstico; metodología, donde se aborda el plan terapéutico y el proceso de intervención realizado; y, por último, el capítulo final conformado por los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

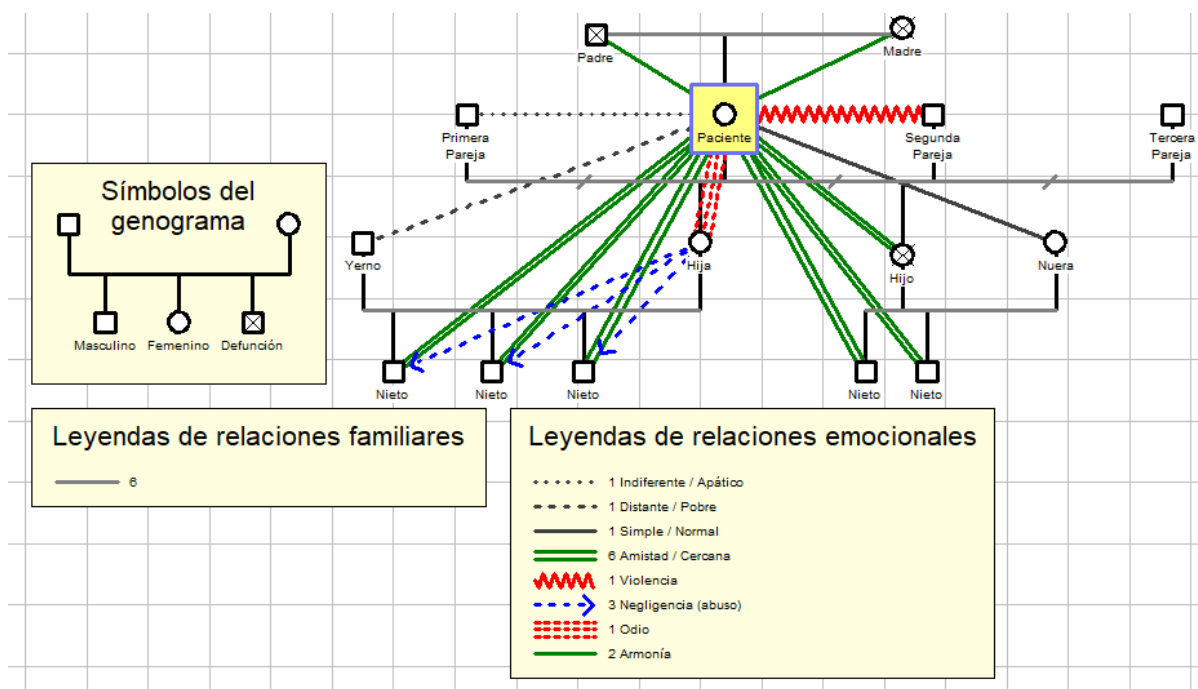
La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

1.1.1 Identificación del paciente

Paciente mujer de 71 años y 9 meses de edad, nacida el 21 de febrero de 1952 en Santiago, Loja. Su estado civil es soltera. Tuvo dos hijos, un varón y una mujer, el primero de ellos falleció hace 5 años. Actualmente reside en la ciudad de Loja junto a su hija y a sus nietos. No culminó sus estudios primarios. Posee escasos recursos económicos. Antes de su jubilación, realizaba servicios de cuidado doméstico y ocasionalmente venta de alimentos. Profesa la religión católica.

Figura 1

Genograma de la paciente



Como se evidencia en la **Figura 1**, la paciente es la quinta de catorce hijos en una familia nuclear. Aunque reporta una buena relación con sus padres y hermanos, menciona carencias afectivas en su infancia.

En sus relaciones afectivas, la primera fue distante, la segunda marcada por maltratos, y la tercera terminó por infidelidad. Actualmente, la relación con su hija es conflictiva. Su relación con su hijo fallecido fue especialmente cercana, al igual que su vínculo con sus nietos. Anteriormente presentó problemas con su nuera, ahora comparten un respeto mutuo.

1.1.2 Motivo de consulta

Paciente acude a consulta refiriendo presentar preocupación, intranquilidad, incomodidad, tensión muscular y llanto fácil desde hace un año aproximadamente. Además, su expresión facial denota tristeza y se muestra cabizbaja. La sintomatología se manifiesta como producto de la relación conflictiva que mantiene con su hija, con quien convive. Paciente resalta que su hija es una persona “demasiado irresponsable y ociosa”, así como “grosera y egoísta”. Aunque los síntomas generan malestar, no representan un deterioro importante en las áreas de su vida.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

Paciente comenta que hace un año, y a raíz de que su hija decide separarse de su pareja, ofrece brindarle acogida junto a sus dos hijos. de compartir su vivienda. A partir de esto ha empezado a sentir malestar emocional caracterizado por preocupación, frustración, enojo y tristeza. Atribuye estas emociones a la percepción de falta de responsabilidad de su hija en el cuidado de sus nietos, en la gestión del hogar y en el cuidado personal.

Además, se destaca que las discusiones verbales son habituales, originadas por conflictos de convivencia. La paciente experimenta reacciones agresivas por parte de su hija cuando intenta abordar y corregir ciertos comportamientos, lo que obstaculiza el establecimiento de una comunicación efectiva. Actualmente, la paciente enfrenta un dilema significativo: siente la necesidad de solicitar a su hija que se mude, con el objetivo de aliviar la tensión generada por sus actitudes y promover en ella una mayor responsabilidad. No

obstante, le preocupa ser vista como insensible y teme que esta decisión pueda provocar resentimiento en sus nietos hacia ella.

La situación ha empeorado hasta el punto de que la paciente siente deseos de no volver a su hogar o de evitar cualquier contacto con su hija. Indica que una de las principales causas de conflicto es el desorden en el hogar, atribuido a la falta de limpieza por parte de quienes conviven con ella. Esta problemática se agrava debido a la actitud de indiferencia que muestran sus convivientes ante la situación. Además, menciona: “me da despecho ir a casa, encuentro todo sucio, los niños sin comer, ella pasa acostada sin hacer nada”. La paciente expresa frustración y molestia alegando que su hija es “dejada” y que malgasta su sueldo en banalidades. Adicionalmente, siente que está obligada a cuidar de sus nietos, cocinar y trabajar para satisfacer las necesidades de ellos, esforzándose en cumplir con el rol de cuidadora que se ha autoimpuesto.

Paciente manifiesta que últimamente se encuentra más sensible y tensa de lo usual. Por ejemplo, expresa no poder ver a un niño llorar ya que esto le genera “desesperación”, ante lo cual añade: “cualquier cosa me pone tensa o preocupada”. Además, manifiesta experimentar estados de angustia repentina en los que tiene pensamientos relacionados con que algo malo le va a suceder. Presenta pensamientos de tipo catastrofista relacionados con una posible dificultad o incapacidad para desempeñarse adecuadamente al realizar alguna actividad, como, por ejemplo: 'Me da miedo que me vaya a pasar algo malo al salir a la calle, como que me caiga o algo así". También expresa que constantemente se ve afligida por la preocupación sobre qué es lo que pasará con su hija y sus nietos cuando ella fallezca.

Si bien la sintomatología mencionada genera malestar en la paciente, no llega a ser tan problemática y es manejable en su vida diaria. Aun así, la paciente ha considerado necesario acudir a consulta psicológica para evaluar, intervenir y mejorar su calidad de vida.

1.2 Proceso de evaluación

El proceso de evaluación psicológica se llevó a cabo durante cuatro sesiones de 45 a 60 minutos cada una, en las que se emplearon dos sesiones para entrevistas semiestructuradas, y dos sesiones para la aplicación de reactivos psicológicos específicos para la tercera edad y observación clínica, procesos que nos aportan información necesaria para determinar el diagnóstico de la paciente y establecer un plan de intervención terapéutica adecuado a sus necesidades y condiciones específicas

1.2.1 Entrevista con la paciente

La entrevista psicológica es una técnica de recogida de información basada en un proceso de relación interpersonal planificado en el que se analizan y registran tanto la información verbal como no verbal del paciente con el fin realizar una evaluación, diagnóstico e intervención psicológica. Además, permite establecer una relación terapéutica, facilitando un ambiente de confianza y seguridad donde el paciente puede sentirse cómodo para expresarse libremente, para lo cual se emplea un modelo de comunicación bidireccional de interacción asimétrica. (Perpiña, 2012)

Durante la fase de evaluación, se destinaron las dos primeras para llevar a cabo la entrevista con la paciente, para las cuales se empleó un modelo de entrevista semiestructurada en la que se emplearon un conjunto de preguntas exploratorias que recopilen información sobre su infancia, pubertad, adolescencia, juventud, adultez y vejez. También se abordaron apartados como su historia escolar, laboral, social y psicosexual.

Primera entrevista

Durante la fase inicial de la primera entrevista se buscó establecer rapport a través de una bienvenida cálida. Posterior a esto se recolectaron datos sociodemográficos y se explicó la confidencialidad de los temas tratados dentro de sesión, solicitando a la paciente la firma del consentimiento informado. Posterior a esto se llevó a cabo la indagación del motivo de consulta y la recopilación de información relacionada a la problemática de la paciente: descripción de los síntomas, inicio, secuencia, consecuencias, factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores.

Segunda entrevista

Durante la segunda entrevista se recopiló información sobre la historia vital de la paciente, incluyendo aspectos clave de su desarrollo personal, familiar y social, además de su historial médico y psiquiátrico. Se indagó sobre su familia de origen, su infancia, adolescencia, educación, vida adulta, historia laboral, relaciones sociales y afectivas.

1.2.2 Observación clínica

La observación es una de las bases de cualquier técnica de recogida de información dentro de una evaluación psicológica. Según Fernández-Ballesteros (2014), la observación clínica es la percepción deliberada de comportamientos emitidos por uno o más sujetos que permiten un registro sistemático según distintas unidades de análisis. López- Palma, et al. (2019), señalan la importancia de una observación bien organizada para abarcar la mayoría de los aspectos del caso en cuestión y que estos se documenten en la historia clínica, lo que será fundamental para las posteriores discusiones sobre diagnóstico y tratamiento.

Durante el transcurso de las sesiones de evaluación, se consideraron como unidad de análisis la apariencia física, el comportamiento, el lenguaje corporal y la interacción con el entorno, buscando registrar descriptivamente la mayor parte de conductas que la paciente presentaba dentro del contexto clínico.

En base a esto, se consideró lo siguiente:

Usuaría al momento de la entrevista vestida acorde a la edad, mantenía buena higiene personal. Se observaron rasgos faciales que denotan seriedad y cansancio. Sus expresiones variaban entre la tristeza y el llanto fácil. Su tono de voz era bajo y apagado, reflejando un estado anímico decaído, y en ocasiones se entrecortaba debido al llanto. La postura corporal era encorvada, con los hombros caídos, lo que podría indicar desánimo o falta de energía. Durante la interacción, la usuaria mostraba signos de retraimiento y evitaba el contacto visual prolongado. Referente a su estado cognitivo, presentaba lucidez, se encontraba orientada en tiempo, persona y espacio, memoria aparentemente normal sin dificultades notables para recordar eventos recientes o pasados, la atención estaba ligeramente alterada, con breves

momentos de distracción, el lenguaje era fluido y coherente. Se evidencia una leve alteración en ciclo sueño – vigilia y apetito reducido.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Los reactivos psicológicos son herramientas con base científica y validez estadística que tienen como fin la medición objetiva y estandarizada de características psicológicas, cualidades, rasgos y competencias de un individuo (Lotito, 2015). Se aplicaron diversas pruebas adaptadas a su grupo etario, tales como escalas para medir niveles de depresión, estrés, ansiedad, y pruebas cognitivas, destacando el Mini-Mental State Examination (MMSE), para evaluar su funcionamiento cognitivo. También se evaluaron sus habilidades para desempeñar actividades diarias mediante el Índice de Barthel.

Mini Examen del Estado Mental (MMSE)

El Mini Examen del Estado Mental, elaborado por Folstein (1975) es una herramienta empleada para evaluar el grado de deterioro cognitivo en pacientes, permitiendo una detección y seguimiento de trastornos cognitivos. Abarca diversas áreas, como la orientación temporal y espacial, la memoria inmediata y a corto plazo, la capacidad de cálculo, el lenguaje y la capacidad visoconstructiva. Los puntos de corte son los siguientes: puntajes entre 24 y 30 se consideran normales, indicando un buen funcionamiento cognitivo; puntajes entre 18 y 23 sugieren un deterioro cognitivo leve, con posibles dificultades en tareas específicas; puntajes por debajo de 18 pueden señalar un deterioro moderado a grave, con dificultades significativas en varias áreas cognitivas. Estos puntos de corte pueden variar según la edad, el nivel educativo y otros factores sociodemográficos.

Para la evaluación, se empleó la adaptación del MMSE de 30 items validada en contexto mexicano elaborada por Reyes, et al. (2004), la cual cuenta con una consistencia interna alta (Cronbach's $\alpha = 0.89$, $p < .0001$) y una consistencia entre observadores buena, tanto para la evaluación clínica ($\kappa = 0.807$, $p < .01$) como para la propia entrevista del MMSE ($\kappa = 0.901$, $p < .01$).

Tabla 1

Resultados Pre-Intervención: Mini-Examen del Estado Mental (MMSE)

Instrumentos	Resultado cuantitativo	Interpretación
Mini-Examen del Estado Mental (MMSE),	27/30	Presenta un estado normal de facultades mentales. No se evidencia deterioro cognitivo

En la evaluación realizada mediante el Mini-Examen del Estado Mental (MMSE), la paciente obtuvo una puntuación de 27 sobre 30. Esta puntuación indica que mantiene un estado normal de sus facultades mentales dentro de los rangos esperados para su edad y nivel educativo.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesevage

La Escala de Depresión Geriátrica, conocida originalmente como Geriatric Depression Scale (GDS), fue elaborada por Yesevage y Brink (1983) con la finalidad de detectar la presencia de depresión en personas mayores a 65 años de manera rápida y eficiente. El cuestionario consta inicialmente de 30 ítems, aunque existen versiones abreviadas de 15, 10, 5, y 4 ítems creadas para adaptarse a diferentes contextos y necesidades. La versión de 15 ítems, por ejemplo, fue adaptada al español por Aguado et al. (2000). Este instrumento cuenta con preguntas de respuesta dicotómica (sí/no) que abordan aspectos cognitivos y conductuales relacionados con las características de la depresión en adultos mayores, con preguntas invertidas aleatoriamente para evitar respuestas sesgadas. La GDS ha demostrado alta fiabilidad, con valores de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.94 y fiabilidad test re test de 0,85. En cuanto a validez, la GDS presenta una relación satisfactoria entre las escalas de Depresión de Zung (SDS) y la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (HRS-D) además de discriminar efectivamente entre individuos con y sin depresión (Gatarreta y Palacios, 2024).

La puntuación del cuestionario se calcula sumando las respuestas asociadas a la presencia de depresión. Un resultado entre 0 y 5 puntos indica la ausencia de depresión,

entre 6 y 9 puntos sugiere una probable depresión, y entre 10 y 15 puntos señala una depresión establecida. Estos umbrales permiten una evaluación clara y directa del estado depresivo en la población anciana, facilitando intervenciones adecuadas según el grado de depresión detectado (Gatarreta y Palacios, 2024).

Tabla 2

Resultados Pre-Intervención: Escala de Depresión Geriátrica de Yesevage (GDS-15)

Instrumentos	Resultado cuantitativo	Interpretación
Escala de Depresión Geriátrica de Yesevage (GDS-15)	4/15	Ligera presencia de síntomas depresivos, los cuales no representan una manifestación significativa para determinar un cuadro depresivo.

En la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesevage (GDS-15), el paciente obtuvo un resultado de 4 sobre 15. Este puntaje indica una ligera presencia de síntomas depresivos; sin embargo, estos no son suficientemente significativos como para considerarse una manifestación de un cuadro depresivo establecido. Este resultado sugiere que, aunque hay algunos indicios de depresión, no alcanzan el nivel que requiere una intervención específica para depresión clínica según los puntos de corte establecidos por esta escala.

Inventario de Ansiedad de Beck

El Beck Anxiety Inventory (BAI), desarrollado en 1988 por Beck, es un instrumento diseñado para diferenciar eficazmente entre ansiedad y depresión. Este inventario autoaplicado consta de 21 ítems que describen los síntomas de ansiedad, enfocándose principalmente en los aspectos físicos de la misma, lo cual resulta en una sobrerrepresentación de este componente. Se empleó la versión adaptada al castellano de Comeche, Diaz y Vallejo (1995), en la cual se han proporcionado datos normativos en

estudios posteriores: (consistencia interna de 0,93), validez factorial y validez discriminante (Magán, Sanz y García-Vera, 2008).

Cada ítem se califica en una escala de 0 a 3, donde 0 significa "en absoluto", 1 "levemente, no me molesta mucho", 2 "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y 3 "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de todos los ítems, considerando solo la respuesta de mayor puntuación en caso de duplicidad. Este inventario evalúa los síntomas referidos tanto a la última semana como al momento actual, permitiendo una evaluación precisa de la severidad de la ansiedad en el individuo. (Comeche, Diaz y Vallejo, 1995).

Los puntos de corte sugeridos para interpretar los resultados del Beck Anxiety Inventory (BAI) son los siguientes: un puntaje entre 0 y 21 indica un nivel de ansiedad muy bajo, reflejando una presencia mínima de síntomas; un puntaje entre 22 y 35 se clasifica como ansiedad moderada, donde los síntomas son más evidentes y pueden comenzar a interferir en el día a día del individuo; un puntaje superior a 36 señala una ansiedad severa, caracterizada por síntomas intensos y potencialmente incapacitantes que afectan significativamente la rutina y el bienestar del individuo. (Magán, Sanz y García-Vera, 2008).

Tabla 3

Resultados Pre-Intervención: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Instrumentos	Resultado cuantitativo	Interpretación
Inventario de Ansiedad de Beck:	25/63	Niveles de ansiedad moderados.

En la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), la paciente alcanzó una puntuación de 25 sobre 63. Este resultado indica la presencia de niveles moderados de ansiedad. Según los puntos de corte establecidos para este inventario, una puntuación en este rango sugiere que los síntomas de ansiedad se empiezan a evidenciar y pueden estar comenzando a impactar en las actividades diarias del individuo, aunque aún no alcanzan un nivel severo.

Escala de Estrés Percibido (PSS-14)

Versión española de la Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por Remor (2006). Esta escala es una herramienta de autoevaluación diseñada para medir el nivel de estrés que una persona ha percibido en el último mes. La versión adaptada al español de la escala (Remor, 2006) demostró una adecuada fiabilidad, consistencia interna (alfa de Cronbach = .81), y test-retest, $r = .73$), validez (concurrente), y sensibilidad. Está compuesta por 14 ítems, cada uno con cinco posibles respuestas que varían en una escala de 0 a 4, donde 0 significa "nunca" y 4 "muy a menudo". Para calcular la puntuación total de la PSS, es necesario invertir las respuestas de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13, asignando valores inversos (0 se convierte en 4, 1 en 3, etc.), y luego sumar los valores de todos los ítems. Una puntuación más alta en esta escala indica un mayor nivel de estrés percibido.

Tabla 4

Resultados Pre-Intervención: Escala de Estrés Percibido (PSS-14)

Instrumentos	Resultado cuantitativo	Interpretación
Escala de Estrés Percibido (PSS-14)	29/56	Presenta niveles de estrés ligeramente por encima de la media lo que se traduce como nivel de estrés moderado

En la aplicación de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14), la paciente obtuvo una puntuación de 29 sobre un total de 56 puntos posibles. Este resultado indica que su nivel de estrés está ligeramente por encima de la media, clasificándose como un nivel de estrés moderado. Esta puntuación sugiere que, aunque el estrés está presente, no es excesivamente alto, pero podría requerir atención para evitar que aumente o afecte negativamente el bienestar del individuo.

Índice de Barthel (Actividades Básicas de la Vida Diaria):

El Índice de Barthel (IB) es un instrumento que evalúa la independencia de una persona en diez actividades básicas de la vida diaria (AVD). Este índice cuantifica el grado de autonomía del individuo asignando puntuaciones específicas a cada actividad, basadas en la ayuda física necesaria o el tiempo que requiere el paciente para realizarlas. Se empezó a aplicar en 1955 en hospitales de enfermos crónicos en Maryland, con el propósito de medir la capacidad funcional de pacientes, particularmente los que padecían de trastornos neuromusculares y músculoesqueléticos. También buscaba proporcionar una herramienta eficaz para evaluar periódicamente el progreso de estos pacientes en programas de rehabilitación. (Cid-Ruzafa y Damián Moreno, 1997).

No se otorga la máxima puntuación a una actividad si el paciente necesita cualquier tipo de ayuda o supervisión, incluso mínima, para realizarla de manera segura. Este método permite una estimación precisa del nivel de independencia del paciente en sus actividades diarias esenciales. Cabe mencionar que El IB no necesita una adaptación específica del lenguaje porque se fundamenta en la observación de actividades muy concretas o en la consulta con cuidadores o personas cercanas. En cuanto a sus propiedades psicométricas, Bernaola-Sagardui (2018) determinó que el cuestionario presenta buena fiabilidad-consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,86-0,92), presenta validez estructural y puede discriminar entre grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo.

Tabla 5

Resultados Pre-Intervención: Índice de Barthel (Actividades Básicas de la Vida Diaria):

Instrumentos	Resultado cuantitativo	Interpretación
Índice de Barthel (Actividades Básicas de la Vida Diaria)	100/100	Completa independencia en actividades básicas de la vida diaria

En la reciente evaluación utilizando el Índice de Barthel, que mide la independencia en las actividades básicas de la vida diaria, el paciente alcanzó una puntuación de 100 sobre

100. Este resultado indica que el paciente posee completa independencia para realizar todas las actividades básicas diarias sin necesidad de ayuda o supervisión. Este nivel de autonomía es un indicativo excelente de la capacidad del individuo para manejar sus necesidades personales de manera independiente.

1.3 Proceso diagnóstico

El diagnóstico psicológico facilita la detección de trastornos o dificultades que afectan a los pacientes, asegurando así un tratamiento adecuado, la definición de parámetros concretos para la investigación y una colaboración eficaz en equipos multidisciplinarios. (De la Serna, 2018; American Psychological Association, 2014). Un diagnóstico preciso guía la selección de intervenciones terapéuticas adecuadas y permite monitorear el progreso del paciente a lo largo del tratamiento, ajustando las estrategias según sea necesario para optimizar los resultados y promover el bienestar del paciente. A continuación, se consideran cuatro opciones de diagnóstico presuntivo que se relacionan a la sintomatología de la paciente las cuales serán analizadas, descartadas o seleccionadas de manera definitiva.

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

F32.0 Trastorno Depresivo Mayor Leve

F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada

Z60.9 Problema relacionado con el entorno social no especificado

Z63.7 Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar

1.3.2 Diagnóstico diferencial

F32. Trastorno Depresivo Mayor:

Aunque la paciente presenta algunos síntomas emocionales que pueden generar sospecha de un trastorno depresivo mayor, estos no cumplen los requisitos para este diagnóstico según el DSM 5. (APA, 2014). En lo que al criterio A refiere, el estado de ánimo deprimido de la paciente parece estar ligado específicamente a interacciones con su hija o al pensar en los problemas relacionados a ella. Este estado no es persistente ni predominante fuera de este contexto específico. No hay reportes consistentes de agitación o

enlentecimiento psicomotor observables casi todos los días. Aunque experimenta estrés, no se describe una disminución generalizada en su capacidad para concentrarse o tomar decisiones fuera de los conflictos familiares. Tampoco existen indicios de pensamientos de muerte recurrentes o ideación suicida. Además, como exige el criterio B, los síntomas que padece no causan un deterioro clínicamente significativo en una serie de ámbitos críticos de su vida. Su capacidad para desenvolverse en otros entornos sociales no parece estar afectada en su mayor parte.

F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada:

Aunque la paciente manifiesta sensibilidad y tensión incrementada, y describe sentir desesperación en ciertas situaciones, esta sintomatología se relaciona a preocupaciones específicas acerca de su familia y su bienestar personal en ciertos contextos, más que ser una preocupación generalizada sobre una variedad de temas como lo considera el criterio A del DSM 5 (APA, 2014). Del mismo modo, en cuanto al criterio B, la preocupación se encuentra más relacionada con situaciones particulares que con una incapacidad general para controlar la preocupación en diferentes aspectos de su vida. Además, no se presentan condiciones como Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, facilidad para fatigarse o dificultad para concentrarse, cumpliéndose tan solo tres criterios del apartado C. Por tanto, su ansiedad no es lo suficientemente generalizada, persistente, o incapacitante como para ser diagnosticada con este trastorno.

Z60.9 Problema relacionado con el entorno social no especificado

Este diagnóstico es más genérico y describe problemas en el entorno social más amplio de una persona, como dificultades con amigos, colegas o la comunidad en su conjunto. Aunque la paciente puede estar experimentando cierto estrés social, no se considera que los problemas sociales fuera del entorno familiar sean la causa predominante de su malestar. En consecuencia, este diagnóstico no parece reflejar adecuadamente la naturaleza y las causas del estrés de la paciente.

1.3.3 Diagnóstico definitivo

Z63.7 Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar

En base a todo lo manifestado, el diagnóstico de Z63.7 es más apropiado y específico para la situación de la paciente, ya que aborda directamente las fuentes de estrés y conflicto dentro del hogar y la familia. Este diagnóstico se centra específicamente en las dificultades y el estrés que surgen dentro del entorno familiar y doméstico. La descripción de la paciente resalta múltiples problemas directamente relacionados con su hija y sus nietos, como la tensión generada por las actitudes y comportamientos de su hija, el estrés debido a la responsabilidad de cuidar a los nietos, y la angustia emocional causada por el desorden y la falta de colaboración en el hogar. Estos problemas claramente se originan y persisten dentro del contexto del hogar y están directamente vinculados a la dinámica familiar.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

En el tratamiento de la paciente, se adoptó un enfoque integrativo que combina la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). La TCC considera que los síntomas psicológicos se pueden disminuir mediante la modificación de patrones de pensamiento distorsionados e inadaptativos, los cuales son la base de emociones y comportamientos disfuncionales (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). Por otro lado, la ACT se centra en promover la flexibilidad psicológica a través de la aceptación de los pensamientos y sentimientos sin juzgarlos, el compromiso con acciones alineadas con los valores personales y el uso de técnicas de mindfulness (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

La elección de estos enfoques se debe a la necesidad de abordar tanto los patrones de pensamiento negativos de la paciente, como su dificultad para manejar el estrés y las emociones relacionadas con su situación familiar. La TCC ayuda a la paciente a identificar y modificar pensamientos y comportamientos que contribuyen a su tensión y frustración. Simultáneamente, la ACT facilita el desarrollo de estrategias para aceptar de manera constructiva las circunstancias que no puede cambiar, mientras se enfoca en comportamientos que mejoran su calidad de vida y están en concordancia con sus valores personales.

Se planificaron un total de 12 sesiones terapéuticas de 45 a 60 minutos. Sin embargo, la periodicidad de las sesiones no fue constante, ya que la paciente no acudía regularmente a las citas. Este patrón de asistencia irregular subraya la importancia de adaptar las intervenciones a las necesidades y circunstancias individuales del paciente, procurando mantener un enfoque flexible y accesible. Todas las sesiones se realizaron de manera presencial, permitiendo un contacto directo y efectivo para facilitar el proceso terapéutico.

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

Dentro del plan terapéutico diseñado para la paciente, se establecieron varios objetivos clave para abordar sus necesidades específicas.

- Proveer herramientas para afrontar situaciones estresantes, facilitando el manejo de tensiones diarias y desafíos familiares.
- Desarrollar estrategias de comunicación efectiva que contribuyan a fortalecer la relación entre la paciente y su hija.
- Implementar actividades de autocuidado para mejorar la calidad de vida de la paciente.

Estos objetivos se diseñaron no solo para resolver problemas inmediatos, sino también para proporcionar a la paciente un marco sostenible de habilidades y prácticas que favorezcan su bienestar a largo plazo, promoviendo un ambiente familiar más armonioso y comprensivo facilitando interacciones más positivas y constructivas, y orientando actividades para fomentar su bienestar integral, asegurando que tome medidas proactivas para cuidar de su salud física y emocional.

2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

Tabla 6

Plan psicoterapéutico

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	OBJETIVO DE SESIÓN	TÉCNICA/ACTIVIDAD	OBSERVACIÓN
1	Proveer herramientas para afrontar situaciones estresantes, facilitando el manejo de tensiones diarias y desafíos familiares	-Reducir la sintomatología fisiológica de estrés de la paciente. - Comprender la importancia de desarrollar independencia emocional, reconociendo que no se puede controlar los eventos externos	la -Adiestramiento en relajación progresiva la -Metáfora del tablero de ajedrez para la aceptación activa	Practicar la técnica de relajación progresiva una vez a la semana y ante situaciones que generen estrés y enojo.
2	Desarrollar estrategias de comunicación efectiva, dirigidas a	Adoptar una perspectiva hacia los propios pensamientos y	-Semáforo de Emociones	Tarea: Imaginar al menos dos situaciones que puedan desencadenar

	fortalecer la relación entre la paciente y su hija.	emociones, evitando conductas conflictivas derivadas de una mala regulación emocional.		discusiones verbales y abordarlas mediante la técnica del semáforo. Practicar la relajación progresiva en momentos de tensión.
3	Proveer herramientas para afrontar situaciones estresantes, facilitando el manejo de tensiones diarias y desafíos familiares.	Guiar al paciente en la implementación de estrategias específicas de afrontamiento para una respuesta más adaptativa ante situaciones generadoras de estrés.	-Entrenamiento en autoinstrucciones	Tarea: Registrar logros y dificultades con el empleo de autoinstrucciones
4	Proveer herramientas para afrontar situaciones estresantes, facilitando el manejo de tensiones diarias y desafíos familiares.	Reducir el grado de malestar y aversión subjetiva presentados ante situaciones estresantes.	-Toma de perspectiva.	Tarea: Realizar un diario de Toma de Perspectiva
5	Desarrollar estrategias de comunicación efectiva que contribuyan a fortalecer la relación entre la paciente y su hija.	- Abordar la importancia de la escucha activa para una comunicación efectiva - Desarrollar habilidades de escucha activa	-Psicoeducación sobre escucha activa -Entrenamiento en habilidades de escucha activa	Tarea: Ensayar habilidades no verbales de escucha activa frente al espejo.
6	Desarrollar estrategias de comunicación efectiva que contribuyan a fortalecer la relación entre la paciente y su hija.	Identificar patrones de comunicación entre la paciente y su hija - Fomentar la expresión emocional abierta y honesta	-Role Play	Tarea: Emplear las pautas de comunicación aprendidas durante las interacciones con su hija.
7	Desarrollar estrategias de comunicación efectiva que contribuyan a fortalecer la relación entre la paciente y su hija.	Abordar los problemas de manera constructiva	-Técnica de resolución de conflictos	Tarea: Dedicar un momento diario para reflexionar sobre la aplicación de técnicas de resolución de conflictos en la comunicación familiar

8	Desarrollar estrategias de comunicación efectiva que contribuyan a fortalecer la relación entre la paciente y su hija.	Mejorar la capacidad de la paciente para expresar adecuadamente sus emociones, estableciendo límites claros y fomentando una interacción saludable	-Entrenamiento en habilidades sociales	Tarea: Solicitar a su hija un momento durante la semana para tener una conversación y aplicar lo aprendido en la sesión
9	Implementar actividades de autocuidado para mejorar la calidad de vida de la paciente.	Fomentar un crecimiento equilibrado en todas las áreas de su vida, manejando mejor sus emociones y priorizando sus valores y compromisos.	-Metáfora del Jardín	Tarea: Realizar actividades de jardinería y reflexionar sobre la metáfora vista en sesión
10	Implementar actividades de autocuidado para mejorar la calidad de vida de la paciente.	Realizar actividades que promuevan el autocuidado y aumenten el disfrute en la vida de la paciente	-Activación conductual -Técnica de programación de actividades	Tarea: Ejercer un reforzamiento positivo durante y después de realizar las conductas o actividades programadas.
11	Implementar actividades de autocuidado para mejorar la calidad de vida de la paciente.	Realizar actividades que promuevan el autocuidado y aumenten el disfrute en la vida de la paciente	-Activación conductual -Técnica de programación de actividades -Retest	Tarea: Ejercer un reforzamiento positivo durante y después de realizar las conductas o actividades programadas.
12	Implementar actividades de autocuidado para mejorar la calidad de vida de la paciente.	Revisar y reforzar las técnicas y los objetivos logrados durante el tratamiento.	Cierre de tratamiento	

Nota. Esta tabla muestra el plan terapéutico conformado por las sesiones de intervención psicológica.

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

Sesión 1:

Durante la primera sesión se buscó reducir la sintomatología fisiológica de estrés de la paciente y fomentar una mayor conciencia sobre la importancia de no dejarse influir negativamente por eventos externos, lo cual se logró a través de dos técnicas principales: el adiestramiento en relajación progresiva y un abordaje sobre la dimensión de aceptación de la Terapia de Acción y Compromiso (ACT).

En los años 30, Jacobson, citado por Payne (2005), desarrolló un método conocido como relajación progresiva definiendo la relajación como la ausencia de actividad en los músculos esqueléticos (voluntarios). Esta técnica implica tensar y luego relajar sistemáticamente los principales grupos musculares, lo que permite al paciente aprender a identificar la tensión muscular y generar una sensación de relajación fisiológica, sin embargo, requería de numerosas sesiones para su consecución.

Posteriormente, Bernstein y Given (1984) realizaron modificaciones a la técnica para reducir su duración a una sola sesión y la enfocaron como una herramienta para controlar el exceso de tensión en situaciones estresantes. Según los autores, este proceso se inicia solicitando al paciente que enfoque su atención en un grupo muscular específico, asegurándose que el practicante se encuentre sentado cómodamente en un sillón con espaldar y apoyabrazos. Posterior a esto se brindan las instrucciones para trabajar cada uno de los grupos. Las instrucciones siguen una secuencia que incluye acciones como cerrar el puño, contraer el bíceps, levantar las cejas, apretar los ojos y la nariz, apretar los dientes, mover las comisuras de los labios hacia atrás, tensar el cuello, hombros, abdomen, muslos, y realizar movimientos de los pies hacia arriba y hacia abajo. Durante la sesión, se da una señal verbal para que el paciente tense el grupo muscular elegido de manera inmediata, no gradual, y mantenga esta tensión por 5 a 7 segundos, enfocándose en las sensaciones que esto genera. A continuación, a la señal de "relajar" o "aflojar", se libera la tensión, permitiendo al practicante sentir la relajación y notar las sensaciones de alivio en los músculos.

Por otro lado, el concepto de aceptación enseñado a la paciente se basó en la perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) propuesta por Hayes y colaboradores (1999), la cual permite reconocer lo que está y no está bajo el control de la persona, y a aceptar lo que no se puede cambiar mientras se busca un actuar de acuerdo a sus valores personales. Según los autores la aceptación es un reconocimiento de que ciertos aspectos de la realidad no están bajo control directo del individuo, más no significa resignación o acuerdo con la situación. Este reconocimiento puede liberar de luchas internas infructuosas.

La sesión comenzó con la práctica de relajación progresiva, durante la cual la paciente fue guiada a través de cada grupo muscular. Tras la relajación, se inició la psicoeducación con una explicación del concepto de aceptación dentro del marco de ACT, destacando cómo esta práctica puede liberar a una persona de luchas inútiles y dirigir su energía hacia acciones más constructivas. No sin antes reconocer y validar sus sentimientos de frustración y preocupación. Se presentó la metáfora del tablero de ajedrez, en la cual la paciente es el jugador de ajedrez y las situaciones de la vida, incluyendo la conducta de su hija, son el oponente. En el ajedrez, aunque no se puede controlar los movimientos del contrario, se tiene el control total sobre el movimiento de las propias fichas. La metáfora ayuda a la paciente a reconocer que, aunque no puede controlar todas las variables de su vida (los movimientos del oponente), sí puede controlar sus propias reacciones y decisiones (cómo mueve sus fichas).

Se analizaron situaciones estresantes que la paciente había experimentado, como cuando, a pesar de haber intentado ayudarla anteriormente, las deudas de su hija continuaban acumulándose, lo que le causaba sentimientos de culpa y frustración. Se cuestionaba entre ayudar a su hija y mantener su propia estabilidad financiera, lo que le generaba aún más estrés. En esta situación, la perspectiva de aceptación ayudó a la paciente a aceptar la realidad de la situación sin juzgarse a sí misma y reconociendo que no podía controlar las decisiones pasadas de su hija ni sus consecuencias.

Al culminar la sesión, la paciente refiere sentirse relajada y emocionada por haber aprendido una técnica que le permite centrarse en sus sensaciones y poder manejar las situaciones estresantes de mejor manera. A su vez, aprendió a distinguir entre las situaciones y comportamientos que puede controlar y aquellos que no. Esto le permitió reducir la frustración que siente respecto a las acciones de su hija, comprendiendo que no puede controlar a otros, pero sí puede manejar su propia respuesta.

Se asignó como tarea la práctica de la relajación progresiva por lo menos una vez al día en condiciones normales, es decir, sin la necesidad de que se presente un estímulo estresante, para que, de esta forma, cuando se suscite cualquier tipo de antecedente

estresor, especialmente relacionado a la relación con su hija y nietos, la paciente sea capaz de ejecutar la técnica y reducir la manifestación de estrés.

Sesión 2:

Previo al desarrollo de la sesión, se brinda un espacio para que la paciente comente sobre el curso de su semana y como ha aplicado la técnica de la relajación progresiva. Se refuerzan positivamente el cumplimiento de la tarea y se retroalimentan posibles detalles erróneos en la implementación de la técnica.

Durante la segunda sesión se buscó adoptar una perspectiva más objetiva hacia los propios pensamientos y emociones y evitar la manifestación de conductas conflictivas generadas a partir de una mala regulación emocional, para lo cual se emplea la técnica del semáforo de emociones mencionada en Candela Sierra (2016). El objetivo de esta sesión es brindar herramientas para afrontar situaciones estresantes y desarrollar estrategias de comunicación efectiva, dirigidas a fortalecer y mejorar la relación entre la paciente y su hija.

El semáforo de emociones es una técnica empleada para la enseñanza del autocontrol y manejo de situaciones que producen enfado, frustración, y tensión y que conllevan a discusiones y conflictos (Candela Sierra 2016). La autora indica que se debe relacionar la gestión emocional a las tres fases de un semáforo. Primero se enseña al individuo a reconocer y asociar las emociones negativas con el color rojo, ante lo cual deberá detener cualquier tipo de reacción. Una vez consciente de su estado emocional, se prosigue con el color amarillo, momento en el cual se reflexiona y evalúa la situación. Finalmente, el color verde, en el cual se brinda un espacio para actuar de manera informada, prudente y calmada.

La técnica se enseña para ayudarle a gestionar de mejor manera situaciones que típicamente resultan en discusiones y conflictos, especialmente con su hija. La paciente a menudo experimentaba sentimientos de enfado, frustración y tensión, que solían escalar a conflictos verbales. Esta herramienta le permite a reconocer y manejar estas emociones de manera efectiva, evitando así comportamientos impulsivos.

Para empezar, se educa sobre la importancia de identificar las señales tempranas de emociones negativas, como el enfado o la frustración, visualizando un semáforo rojo como

una señal de detención total. Esto implica detener cualquier reacción inmediata ante una provocación, tomando un momento para respirar profundamente y reconocer la emoción que estaba sintiendo. En práctica, cuando sentía el inicio de la frustración durante una interacción con su hija, debía imaginarse el semáforo en rojo y detenerse, evitando responder de manera impulsiva.

Una vez reconocida y aceptada la emoción, la paciente debía pasar al "color amarillo". Esta fase implicaba una reflexión cuidadosa sobre la situación: ¿Qué está provocando esta emoción? ¿Cuáles son las posibles consecuencias de actuar bajo la influencia de esta emoción? ¿Hay alternativas más constructivas para responder? Se discute cómo el tomar unos momentos para pensar en estas preguntas podría ayudarla a ver la situación desde una perspectiva más objetiva y menos emocional.

Finalmente, con la emoción reconocida y la situación evaluada, se pasa al "semáforo verde". En esta fase se actúa de manera informada y prudente. Se explora cómo podría expresar sus pensamientos y necesidades de manera calmada y asertiva, sin dejar que las emociones negativas dictaran su comportamiento. Se debe manifestar una respuesta que respete tanto sus necesidades como las de su hija, buscando un diálogo en lugar de un enfrentamiento.

Se asigna como tarea imaginar al menos una situación que puedan desencadenar discusiones verbales y abordarla mediante la técnica del semáforo. Además, se incentiva a mantener la práctica de la relajación progresiva en momentos de tensión, tomando en cuenta la retroalimentación brindada al inicio de la sesión sobre el orden de los grupos musculares y la ejecución de algunos movimientos.

La paciente reportó que esta técnica le proporcionó una sensación de control y calma que antes le era difícil alcanzar en interacciones problemáticas. La idea de tener un sistema de señales que pueda regular sus reacciones le ofreció un esquema que facilitó la comprensión y el manejo de sus emociones.

Sesión 3:

En la tercera sesión, se propuso dirigir la implementación de estrategias específicas para que la paciente pueda manejar las sensaciones de malestar que surgen durante la confrontación con los estresores. Esto se lleva a cabo a través de la técnica de autoinstrucciones (Meichenbaum y Cameron, 1974) El objetivo es proporcionar herramientas efectivas para enfrentar situaciones estresantes.

La técnica de autoinstrucciones implica el entrenamiento de la persona para que se hable a sí misma de manera constructiva y calmada durante situaciones problemáticas o desafiantes, con el fin de manejar sus reacciones emocionales y conductuales de manera más efectiva. La idea básica detrás de esta técnica es que las personas pueden influir en sus respuestas emocionales y conductuales al cambiar sus pensamientos automáticos y auto diálogos internos, que a menudo son negativos y desadaptativos. Estas autoinstrucciones funcionan como una guía o un conjunto de instrucciones que la persona se da a sí misma para navegar por situaciones difíciles, ayudando a controlar el comportamiento impulsivo y a fomentar un enfoque más reflexivo y racional. (Meichenbaum y Cameron, 1974)

El programa de instrucciones comienza con la identificación clara de la situación problemática, lo cual es crucial para entender los desafíos específicos a abordar. A continuación, se realiza una aproximación al problema a través de un diálogo de preguntas y respuestas que ofrece retroalimentación, la cual será de ayuda para dirigir el foco de atención hacia cada parte específica de la situación. Se establecen reglas específicas para su manejo, proporcionando directrices sobre cómo actuar en diferentes fases y adaptarse a cambios. Es necesario, por tanto, enseñar al individuo a analizar el procedimiento que se requiere para la obtención de una meta determinada, y qué tipo de autoinstrucciones pueden ser las más idóneas para cada caso. (Ruiz et al. 2012).

Para llevar a cabo la técnica en sesión se identificaron algunos tipos de situaciones junto a la paciente, sus respectivos cuestionamientos y autoinstrucciones. Por ejemplo, cuando surja una discusión con la hija, presentará el siguiente autodiálogo: "Cuando siento que voy a discutir, me detengo y respiro profundamente tres veces. Me pregunto: ¿Cuál es el punto de discutir? Esto me ayuda a enfocar la situación claramente antes de responder". En

situaciones en las que se enfade, procederá a reflexionar: "Si comienzo a sentirme enfadada, recuerdo que puedo controlar cómo reacciono. Me digo a mí misma: Puedo manejar esto de manera calmada".

Al enfrentarse a los comportamientos irresponsables de su hija, se puede plantear lo siguiente: "Me pregunto qué puedo hacer yo para no empeorar las cosas. Mis acciones deben alinearse con mis valores de ser comprensiva y constructiva". Finalmente, a manera de auto-refuerzo positivo, se indican las siguientes indicaciones "Después de manejar una situación difícil sin discutir, me felicito a mí misma, diciendo: 'Lo hice bien al mantener la calma'. Esto me motiva a seguir aplicando estas técnicas."

Al principio, la paciente se mostró algo escéptica respecto a cómo simples cambios en su diálogo interno podrían influir significativamente en su reacción emocional y comportamental. Sin embargo, a medida que se desarrollaban las autoinstrucciones, comenzó a experimentar la eficacia de reemplazar pensamientos automáticos negativos con autoinstrucciones positivas y calmadas. Finalizando la sesión, la paciente reflejó sobre cómo esta técnica podría aplicarse no solo en sus interacciones con su hija, sino también en otras áreas de su vida donde experimentaba estrés o frustración. Mostró entusiasmo y motivación para continuar practicando y perfeccionar esta habilidad, reconociendo su potencial para mejorar significativamente su bienestar emocional y sus relaciones interpersonales.

Sesión 4

La cuarta sesión fue la última destinada a brindar herramientas para afrontar situaciones estresantes, por lo tanto, se realizó un resumen de las técnicas empleadas en las sesiones previas, con el objetivo de evaluar el progreso de la paciente y ajustar el plan terapéutico según fuera necesario. Durante esta revisión, la paciente compartió sus experiencias y reflexiones sobre cómo ha estado implementando las herramientas aprendidas, especialmente en términos de regulación emocional y manejo de conflictos con su hija. Posterior a esto, se desarrolló la técnica destinada para esta sesión, la toma de perspectiva, cuyo principal objetivo es reducir el grado de malestar y aversión subjetiva presentados ante situaciones estresantes.

La toma de perspectiva, según Meichenbaum y Cameron (1987), permite percibir los problemas desde una óptica distinta, basándose en el análisis de la dimensión temporal del máximo grado de aversividad que estos generan. Para ejemplificar esto, los autores señalan el caso de experimentar dolor, el cual no se mantiene en su máxima intensidad durante todo el día, sino que puede fluctuar a niveles más bajos. Se puede instruir a alguien que sufre de dolor a que monitoree y registre la intensidad de su dolor a lo largo del día en una escala de 0 a 100. Este ejercicio ayuda a la persona a observar que el dolor no se mantiene constante en su punto máximo, sino que varía y disminuye en momentos diferentes. De esta forma, en lugar de pensar que esta sensación nunca se reducirá, la persona puede considerar que dicho dolor disminuirá eventualmente. Del mismo modo, al atravesar situaciones que generan tensión emocional elevada, contrario a asegurar que la situación jamás terminará o que es insoportable, la persona puede adoptar la perspectiva de que dicha situación no se puede mantener a lo largo del tiempo, ya que en algún punto se reducirá o desaparecerá (Ruiz, et al., 2012).

Inicialmente, se explicó a la paciente la técnica de toma de perspectiva, destacando cómo la percepción de las emociones puede cambiar con el tiempo y cómo esto puede ayudar a mitigar la intensidad de sus respuestas emocionales. Se le enseñó que, al igual que el dolor físico, las emociones negativas como la frustración y el enojo no son constantes y tienden a variar en intensidad a lo largo del tiempo. Después de introducir el concepto general, procedimos a abordar situaciones concretas que suelen generar conflicto o frustración en su vida diaria, especialmente en sus interacciones con su hija. Estas incluían momentos en los que su hija no cumplía con responsabilidades del hogar, desacuerdos sobre la crianza de los nietos, y las veces que su hija tomaba decisiones financieras impulsivas. Se reflexionó con la paciente sobre el hecho de que, si bien experimentaba estrés y preocupación intensos debido a estas situaciones, esa intensidad emocional no permanecía constante a lo largo del día. Se destacó que, ante futuras manifestaciones emocionales similares, la paciente puede recordar que ese estado no será permanente y que eventualmente disminuirá, lo que puede ayudarla a encontrar una sensación de calma.

Se concluye la sesión revisando lo aprendido y planteando como podría continuar aplicando esta técnica en su día a día para manejar de forma más eficiente su estrés y frustración, reduciendo conflictos. Al finalizar, la paciente se mostró receptiva y motivada para implementar esta estrategia, viendo en ella una oportunidad para cambiar la forma en la que percibe los problemas y mejorar su entorno familiar.

Sesión 5

Una vez que la paciente cuenta con un bagaje de herramientas para lidiar con situaciones estresantes y poder lograr una mejor regulación emocional, se procede a desarrollar estrategias de comunicación efectiva, dirigidas a fortalecer y mejorar la relación entre la paciente y su hija, con el fin de promover un ambiente familiar más armonioso y comprensivo. Dentro de la quinta sesión, se buscó abordar la importancia de la escucha activa para una comunicación efectiva y lograr en la paciente el desarrollo de estas habilidades.

La escucha activa abarca mucho más que oír palabras, conectando así con lo que dice la otra persona. (Nomen Martín, 2016). Esta habilidad es crucial en todos los aspectos de la vida, especialmente en los entornos personales, donde la capacidad de escuchar efectivamente puede significar la diferencia entre el éxito y el fracaso en las interacciones. Además de mejorar la calidad de la información compartida, también fortalece las relaciones, ya que el interlocutor se siente escuchado y valorado. (Brownell, 2012)

La escucha activa empieza por la disposición psicológica ante la recepción de un mensaje, dicha disposición conlleva una actitud, como lo es el contacto visual asociado al interés en lo que se está escuchando y un lenguaje corporal acorde a dicha intención. Se debe evitar interrumpir, juzgar y menospreciar lo que la persona siente, así como pensar constantemente en lo que se va a decir a continuación, ya que esto evita centrar el foco de atención en la otra persona. Tampoco se debe actuar desde el síndrome del experto, en el cual la persona que debe escuchar se anticipa al mensaje asegurando conocer desde un inicio las implicaciones de la situación, emoción o problemática que se está expresando. (Ramón Cortés, 2011)

Según Brownell (2012) y Ramo Cortés (2011), para poder desarrollar habilidades de escucha activa se debe mostrar un interés genuino en lo que dice el otro, utilizando preguntas abiertas como "¿Qué ocurrió?" para animar a la otra persona a compartir más detalles. Es importante clarificar y solicitar aclaraciones para asegurarse de comprender completamente el mensaje, evitando malentendidos. Además, se debe intentar parafrasear lo que se ha entendido y verbalizar los sentimientos percibidos, lo cual demuestra comprensión y empatía, fortaleciendo la conexión en la conversación.

Para la aplicación de la técnica, se comenzó explicando la importancia de la escucha activa y sus fundamentos, junto a la capacidad de esta habilidad para disminuir malentendidos y fomentar el desarrollo de una mejor conexión emocional. Luego, se aseguró que la paciente comprenda la importancia de brindar toda su atención a su hija, evitando distracciones. Esto incluye apagar dispositivos electrónicos, mirar directamente a su hija mientras habla y asegurarse de estar mental y emocionalmente presente durante las conversaciones.

Para demostrar que está realmente escuchando y procesando la información, se enseña a la paciente a emplear gestos no verbales como asentir con la cabeza o usar expresiones faciales que reflejen entendimiento. También se desarrollan ejercicios de parafraseo para que la paciente se entrene en resumir brevemente lo que su hija ha dicho durante sus intercambios. Finalmente, se capacita a la paciente para que reconozca y verbalice las emociones que su hija pueda estar expresando durante las discusiones o conversaciones normales. Se le sugirió la incorporación de la frase: "Parece que eso fue realmente frustrante para ti", ya que muestra empatía y comprensión, fortaleciendo el vínculo entre ambas y fomentando un ambiente más abierto y menos conflictivo.

Durante la práctica de las técnicas en la sesión, como parafrasear y validar emociones, la paciente pudo observar de inmediato cómo estas acciones podían cambiar el tono de una conversación y reducir el potencial de conflictos. Además, la paciente manifestó sentirse más tranquila y menos ansiosa, destacando que las técnicas de escucha activa le brindaron una nueva perspectiva sobre cómo abordar las conversaciones con su hija de manera más constructiva.

Al culminar la sesión, demostró una clara comprensión de cómo aplicar cada uno de los componentes de la escucha activa y expresó un renovado sentido de confianza en su capacidad para interactuar de manera más efectiva con su hija. Se asignó como tarea que la paciente ensaye tanto habilidades verbales como no verbales frente al espejo, por lo menos una vez al día. Su compromiso con la práctica de estas habilidades refleja un avance positivo en su proceso de mejora de la comunicación y la reducción del malestar emocional.

Sesión 6

La sesión seis continua con el desarrollo de estrategias de comunicación efectivas, comenzando con una breve revisión y diálogo sobre cómo la paciente ha estado implementando la escucha activa en su vida diaria, especialmente en sus interacciones con su hija. Esto establece una base para el desarrollo de la técnica del role-play, la cual permitirá reflejar y construir sobre sus experiencias, identificar patrones de comunicación entre la paciente y su hija y fomentar la expresión emocional abierta.

Nomen Martin (2016) considera la técnica del role-play como una estrategia que permite poner en práctica las habilidades adquiridas en una situación de aprendizaje. Además, el role-play puede ayudar a comprender el comportamiento de una persona a través de su desenvolvimiento en una situación ficticia y, demostrar cómo se debería actuar ante un entorno específico (Cornsini, 1966). Del mismo modo, también puede ser empleado como herramienta de exploración de la actitud de un individuo frente a la de otro y la solución de conflictos a través de escenarios ficticios (Knappe, 2013). De esta forma, el terapeuta podrá supervisar, evaluar y retroalimentar el desarrollo de habilidades en contextos específicos.

Inicialmente, la paciente describe un incidente reciente donde se siente sobrecargada por las expectativas de su hija para que asumiera con el cuidado de los hijos mientras ella se ocupaba de otras actividades. Este escenario fue el punto de partida para el role-play. En la primera ronda, se asume el rol de la hija de la paciente, argumentando desde la perspectiva de ella sobre la necesidad de la paciente de ser más comprensiva con las demandas de su vida laboral. La paciente responde como ella misma, lo que permite identificar patrones de

comunicación existentes, como la tendencia de la paciente a responder con soluciones rápidas en lugar de abordar los sentimientos subyacentes de su hija.

Luego, se invierten los roles: la paciente asumió el papel de su hija y el terapeuta el de la paciente. Esta inversión permite a la paciente a reconocer una nueva perspectiva sobre las posibles razones detrás de las conductas de su hija y a considerar cómo sus propias respuestas podrían ser percibidas como desestimantes o insensibles.

Durante la simulación, cuando la paciente, en su propio rol, escucha a la 'hija' expresar frustración por la falta de apoyo en el cuidado de los nietos, su respuesta inicial tiende a ofrecer arreglos logísticos, como ajustar horarios o sugerir alternativas prácticas para el manejo del tiempo. Sin embargo, esta aproximación omite el reconocimiento de las emociones expresadas por su hija, tales como estrés, agotamiento o necesidad de comprensión. Este enfoque en las soluciones prácticas sin previamente validar los sentimientos puede hacer que el interlocutor se sienta no escuchado o incomprendido en el nivel emocional, lo que podría aumentar la tensión y la resistencia, en lugar de fomentar una atmósfera de apoyo y colaboración.

Posterior al desarrollo de roles, se dedica un espacio para reflexionar sobre la dinámica de la conversación y discutir cómo las emociones influyen en la comunicación. Durante este momento, la paciente puede identificar sus reacciones automáticas, lo cual permite nuevas alternativas de respuesta que podrían llevar a una mejor comunicación, como ofrecer apoyo emocional antes de proponer soluciones prácticas.

La sesión reveló que una parte significativa del conflicto entre la paciente y su hija se debía a malentendidos y falta de reconocimiento emocional en sus interacciones. Al final de la sesión, la paciente expresó una mayor comprensión de la importancia de la escucha activa y se mostró optimista sobre aplicar estas técnicas para mejorar la relación, fortaleciendo su empatía y comprensión hacia los desafíos que enfrenta su hija.

Sesión 7

Dentro de la séptima sesión se brindó un espacio para que la paciente refiera como le ha ido desde la última cita. Después, se brindó una nueva técnica que fomente el desarrollo

de una comunicación efectiva, abordando los problemas de manera constructiva a través de la técnica de resolución de conflictos enfocada en negociación. (Nomen Martin, 2016)

Aunque las personas pueden ser motivadas por razones diversas, es factible que dentro de sus interacciones se desarrollen planes de acción efectivos, incluso partiendo de sus diferencias (Schnitman, 2000). A su vez, Nomen Martin, (2016) establece que la resolución de conflictos no es un método jerárquico ni directivo, sino que implica buscar soluciones mutuamente satisfactorias para las partes involucradas. La resolución de conflictos se centra en transformar la manera de comunicarse, las percepciones sobre el problema y el discurso en torno al mismo, buscando un beneficio común sin emitir juicios de valor. (Nomen Martin. 2016)

La negociación efectiva sigue varios pasos: análisis de los elementos de negociación como las necesidades y relaciones, asegurar un espacio neutral para la negociación, recopilación de propuestas, elaboración de un plan de acción con estrategias y técnicas específicas, y un debate que culmine con un acuerdo. (Nomen Martin, 2016).

Se inicia la sesión identificando y analizando las áreas específicas de conflicto entre la paciente y su hija, examinando cómo las necesidades no satisfechas de ambas partes contribuyen al conflicto y cómo su comunicación actual podría estar exacerbando las tensiones. A continuación, se solicitó a la paciente que propusiera soluciones potenciales que considerara justas para ambas partes. Esto incluyó ajustes en la manera de compartir las responsabilidades del cuidado del hogar y en la comunicación diaria con su hija como la limpieza y el pago de servicios. Por ejemplo, sugirió que podrían alternar semanas en las que cada una se encargaría de distintas tareas domésticas esenciales y de asegurarse de que las facturas y gastos del hogar se paguen a tiempo. Esto no solo clarificaría las expectativas, sino que también garantizaría que ambas partes contribuyeran equitativamente a la gestión y mantenimiento del hogar.

Además, se elaboraron frases junto a la paciente para expresar sus necesidades sin provocar defensividad como: “cuando siento que estoy manejando sola las tareas del hogar, me siento abrumada y me gustaría que encontráramos una manera de dividir estas

responsabilidades más equitativamente" También se trabajó en cómo reconocer y validar las preocupaciones de su hija durante las discusiones, utilizando frases como "Entiendo que tienes muchas cosas en mente y realmente valoro el esfuerzo que haces en otras áreas." Después de definir las posibles soluciones y estrategias, como realizar reuniones familiares semanales y fomentar actividades de colaboración en el hogar, la sesión continuó con la evaluación de las soluciones propuestas. Se discutieron los pros y contras de cada opción para asegurarse de que la solución seleccionada fuese la más adecuada y realista para ambas partes. La paciente evaluó las propuestas considerando factores como la factibilidad, el impacto emocional y la equidad

Una vez seleccionada la solución, se solicitó a la paciente que la lleve a cabo. Se acordó que la paciente aplicaría esto gradualmente, empezando por la próxima reunión familiar, y que se revisaría el progreso en la próxima sesión. Este enfoque paso a paso permitiría a la paciente sentirse más cómoda con las nuevas habilidades y realizar ajustes según la respuesta de su hija y la efectividad de las técnicas en la práctica real.

Sesión 8

Dentro de la octava sesión, la paciente describió cómo había aplicado con éxito las estrategias de negociación para llegar a acuerdos más equitativos sobre la distribución de responsabilidades domésticas. Destacó que, al utilizar técnicas de escucha activa y expresión asertiva, había notado una disminución en la frecuencia y la intensidad de los conflictos. Avanzando al propósito de esta sesión, se determinó la necesidad de trabajar específicamente en la expresión emocional y el establecimiento de límites claros para fomentar interacciones aún más saludables y productivas, lo cual se trabajará a través de un entrenamiento en habilidades sociales.

El objetivo del entrenamiento en habilidades sociales es mejorar las interacciones y la capacidad de manejar situaciones sociales de manera efectiva. Según Caballo (2007), las habilidades sociales incluyen una variedad de comportamientos adaptativos y positivos que permiten a las personas llevar a cabo interacciones de manera eficaz y satisfactoria, respetando tanto sus derechos como los de los demás.

Ruiz y colaboradores (2012) plantean que estas habilidades constituyen varias competencias que se pueden agregar al repertorio conductual del individuo a través de técnicas de modelado y ensayo conductual, las cuales son: habilidades no verbales relacionadas con el lenguaje corporal, habilidades básicas de conversación, de expresión emocional, de autoprotección, de solución de problemas, de aproximación-evitación en las relaciones íntimas y en la consecución de objetivos vitales.

Según Greenberg y Pascual-Leone (2006), aprender a identificar y expresar emociones puede transformar significativamente la forma en que interactuamos con los demás. Dichas emociones pueden resultar difíciles de expresar cuando la persona no posee las competencias necesarias para expresarse a nivel emocional. Debido a que las aptitudes de comunicación social son el resultado de una serie de procesos cognitivo- conductuales que se inicia con una percepción correcta de estímulos interpersonales relevantes (Bellak y Morrison, 1982), se puede intuir que la dificultad presentada por la paciente se presenta como resultado de su crecimiento y desarrollo en un entorno conformado por individuos en los que se evidenciaba una expresión emocional deficiente.

Por otro lado para lograr establecer límites, Caballo (2007) recomienda la estrategia DESC, la cual se basa en describir la conducta ofensiva o molesta de la otra persona en términos objetivos, expresar los pensamientos sobre el problema de forma positiva (con calma, centrándose en la conducta mas no en la persona), especificar concretamente el cambio que se desea que la otra persona lleve a cabo, considerando que la dimensión de los cambios sea pequeña y si la otra persona puede satisfacer la demanda sin que resulte en algún tipo de gran pérdida para ella, y, finalmente, señalando las consecuencias positivas que tendrán lugar si es que la otra persona decide realizar el cambio, solo de ser estrictamente necesario, se señalará las consecuencias negativas que tendrán lugar en caso de que no se efectúe un cambio.

Para ayudar a la paciente a expresar sus emociones y establecer límites de manera clara y asertiva con su hija, es crucial proporcionarle un conjunto de frases que pueda utilizar en situaciones reales. Estas frases deben fomentar la comunicación abierta y honesta,

respetando tanto sus propios sentimientos como los de su hija. Referente a la expresión de necesidades y sentimientos, se determinaron las siguientes frases: "Me siento abrumada cuando se espera que me haga cargo de todo por mí misma. Necesito que entendamos juntas cómo podemos compartir mejor estas responsabilidades." "Cuando no discutimos nuestros planes y me entero en el último momento, me siento frustrada porque no puedo organizarme. ¿Podemos mejorar nuestra comunicación en esto?"

En cuanto al establecimiento de límites y la solicitud de apoyo, y basados en el método de Caballo (2007), se identifican y ensayan las siguientes frases a través de role-play: "Entiendo que necesitas mi ayuda, y estoy dispuesta a colaborar, pero también necesito establecer algunos límites para garantizar que tengo tiempo para mis propias necesidades." "Me importa mucho nuestro tiempo juntas y el bienestar de mis nietos, pero también necesito asegurarme de que mi espacio y tiempo personal sean respetados." "Me ayudaría mucho si pudieras tomar la iniciativa con algunas de las tareas del hogar sin que tenga que pedírtelo. ¿Puedes hacer eso por mí?" "Realmente valoro todo el esfuerzo que haces, y quiero que sepas que estoy aquí para apoyarte también. Solo necesito que comprendas y respetes mis límites." "Entiendo que esto también es difícil para ti, y no es mi intención hacerte sentir culpable, solo quiero que entendamos mejor nuestras necesidades y cómo podemos apoyarnos mutuamente."

Durante la sesión, la paciente mostró una notable evolución en su capacidad para expresar sus emociones de manera clara y asertiva. Al principio, mostró cierta reticencia y dificultad para usar las frases sugeridas, especialmente aquellas relacionadas con la expresión de necesidades personales y establecimiento de límites. Sin embargo, a medida que las practicaba su confianza creció significativamente. Comentó que, aunque al principio se sentía artificial usar estas frases estructuradas, comenzó a ver cómo podrían ayudarla a comunicarse de manera más efectiva. Como tarea para casa, se solicita a la paciente repasar frente al espejo las frases trabajadas durante dos a tres días, para después emplearlas dentro de la comunicación con su hija.

Sesión 9

Durante la novena sesión se dedicó una parte inicial para realizar una revisión y evaluación de las experiencias utilizando las nuevas habilidades en su vida diaria, especialmente en sus interacciones con su hija. La paciente reportó un incidente específico, donde, en lugar de reaccionar impulsivamente a una discusión sobre las responsabilidades del cuidado de los nietos, utilizó estrategias de calmarse y comunicar asertivamente sus necesidades. La paciente expresó que, se siente motivada por los resultados positivos.

A partir de esta sesión, se busca cumplir con el objetivo de implementar actividades de autocuidado específicas para mejorar la calidad de vida de la paciente, promoviendo su bienestar integral. Para lograr esto, se aborda un enfoque inicial basado en tres dimensiones de la ACT adaptando cada uno de estos principios a las necesidades y realidad específica de su etapa de vida (Hayes, 2013) aceptación, para que la paciente pueda adoptar una actitud abierta y flexible respecto a la experiencia del momento; clarificación de valores, lo cual sirve para guiar y motivar la conducta; y el compromiso, que permite que se involucre con las actividades de manera consciente.

La aceptación en el contexto de la ACT implica adoptar una postura abierta y receptiva hacia las experiencias internas, tales como pensamientos y emociones, sin intentar cambiarlas, suprimirlas o juzgarlas. La aceptación no es resignación, sino un reconocimiento activo que permite a las personas enfrentar la realidad con mayor equilibrio y menos resistencia. (Hayes, 2013)

La clarificación de valores es un proceso mediante el cual las personas identifican lo que realmente valoran en la vida, sus principios fundamentales que desean vivir. Este proceso ayuda a las personas a orientar sus acciones de manera que sean coherentes con sus valores personales, proporcionando dirección y motivación en sus vidas. (Páez-Blarrina, et al., 2006). Los valores personales, a pesar de condicionar las conductas, van mucho más allá de ser valores religiosos o morales. (Nomen Martín, 2016).

El compromiso, según Hayes (2013) se refiere a la acción de vivir de acuerdo con los valores clarificados (Páez-Blarrina, et al., 2006), incluso en presencia de obstáculos psicológicos como pensamientos y sentimientos difíciles. Es el compromiso de hacer lo que

importa a pesar de los desafíos internos y externos, evitando la inacción o estancamiento, actuar impulsivamente, y persistir sin evitar sentimientos o situaciones. (Nomen Marín, 2016).

Se dio inicio presentando la metáfora del jardín mencionada en Wilson y Luciano (2002). En esta metáfora, se solicita que la paciente se visualice como jardinera de su propio jardín, donde las flores, árboles y arbustos representan diferentes aspectos de su vida que ella valora y disfruta cultivar. Al igual que un jardinero cuida su jardín seleccionando y cultivando plantas que aportan belleza y armonía, la paciente se esfuerza por nutrir los aspectos de su vida que le aportan satisfacción y bienestar. Sin embargo, al igual que las malas hierbas pueden aparecer y desviar la atención del cuidado de las plantas deseables, las dificultades y desafíos de la vida pueden distraer a la paciente de cuidar sus propios valores y compromisos. En ocasiones, concentrarse solo en eliminar estas "malas hierbas" puede llevar a descuidar áreas importantes de su vida. Además, es esencial reconocer que, a veces, estas malas hierbas también tienen su función, como llenar espacios vacíos del jardín o proporcionar lecciones valiosas, lo que en última instancia puede contribuir al crecimiento y desarrollo personal de la paciente.

Durante la sesión, se exploró cómo podría comenzar a practicar la aceptación, acogiendo sus sentimientos de frustración cuando las cosas no van según lo planeado, en lugar de luchar contra ellos. Además, se trabajó en la aceptación del envejecimiento como un proceso natural e inevitable y en ver esta etapa como el resultado de la recolección de experiencias y superación de dificultades, lo que le ayuda a otorgar un sentido a su vida.

Junto con la paciente, se exploraron y clarificaron los valores que son especialmente significativos para ella en esta etapa de su vida. Valores como la familia, la autonomía y la salud fueron identificados como pilares esenciales. Se emplearon diálogos dirigidos para profundizar en cómo estos valores influían en su día a día y cómo quería que guiaran sus decisiones futuras.

Finalmente, se establecieron compromisos concretos que alineaban sus acciones diarias con los valores clarificados. La paciente se comprometió a adoptar un enfoque proactivo hacia su salud física y mental, incorporando rutinas de ejercicio moderado

adecuadas para su edad, como caminatas diarias y a participar más activamente en actividades comunitarias y familiares, que no solo le permitirían sentirse útil y valorada, sino también fortalecer sus relaciones sociales y familiares.

Para la próxima sesión, se asignó a la paciente una tarea práctica de "Jardinería Metafórica" que involucra pasar tiempo en un jardín real para fomentar la aceptación de los ciclos de la vida mediante la observación de las plantas y su ciclo natural. Esta actividad también servirá para identificar y reflexionar sobre sus valores personales, observando qué aspectos del jardín le atraen más y por qué. Además, se le pidió que se comprometiera con actividades semanales que reflejen los valores identificados, como pasar más tiempo en la naturaleza, con el objetivo de nutrir su bienestar emocional y personal, similar a como un jardín bien cuidado prospera bajo atención constante.

Sesión 10

En la décima sesión se brindó un espacio inicial a la paciente para comparta sus experiencias y reflexiones sobre la tarea de Jardinería Metafórica, proporcionando una retroalimentación valiosa sobre cómo la tarea había influido en su estado emocional y su perspectiva sobre los desafíos diarios. Posteriormente, la sesión se centró en la implementación de la Activación Conductual para promover actividades que incrementen su autocuidado y disfrute de la vida, enfatizando en el compromiso de la sesión anterior de la adopción de un rol activo dentro de su autocuidado.

El propósito de la activación conductual es elevar el nivel de acción e involucramiento del paciente en actividades diarias que sean gratificantes, con el fin de alterar patrones de comportamiento inadecuados. Se busca incrementar la participación en actividades reforzantes y a su vez disminuir su participación en actividades que sean desagradables y poco gratificantes. (Nomen, 2016). La Activación Conductual, según se describe en las terapias contextuales, no se limita simplemente a involucrar al cliente en actividades placenteras o a la fijación de metas progresivas. Según González-Terrazas y Campos-Aguilera (2021), este enfoque también integra la clarificación de valores para asegurar que las actividades seleccionadas sean coherentes con los valores personales del cliente.

Inicialmente, se realizó un análisis detallado de las actividades diarias de la paciente, evaluando cómo cada actividad impactaba en su estado de ánimo y nivel de energía (Pérez-Álvarez, 2014) La paciente expresó interés en actividades como la danza, las manualidades y la gastronomía. Posteriormente, se planificó cómo podría reintegrar estas actividades en su rutina semanal. Se estableció un calendario concreto que incluía tiempos específicos dedicados a cada actividad, asegurando que fueran realistas y manejables dentro de su rutina actual. Además, se acordó que llevaría un diario de actividades para monitorear su progreso y cómo se sentía después de cada actividad.

La sesión concluyó con un compromiso por parte de la paciente de seguir el plan y discutir cualquier ajuste necesario en la próxima sesión. Se asigna la tarea de aplicación de autoreforzadores como palabras de aliento, afirmaciones de logro e incluso el consumo moderado de algún dulce o golosina de preferencia. Se añade que debe recompensarse de esta forma únicamente después de haber completado la actividad asignada.

Sesión 11

Para la onceava sesión, se continuará con el enfoque de la Activación Conductual centrándola en profundizar la implementación de actividades que fortalecen la conexión con sus valores personales y aumentan su compromiso con un estilo de vida activo y enriquecedor. Además, se realiza la aplicación de retest para conocer mediante datos cuantificables los cambios producidos en la paciente después del proceso de intervención, considerando para ello los siguientes instrumentos: Escala de Depresión Geriátrica de Yesevage, Inventario de Ansiedad de Beck y Escala de Estrés Percibido.

Se inicia la sesión evaluando cómo las actividades de autocuidado han influido en su estado de ánimo y bienestar general, y qué desafíos ha encontrado al mantener estas prácticas. Se abordan distintos desafíos planteando soluciones y luego, se exploran nuevas actividades para añadir al programa como prácticas de caminatas diarias y paseos con sus nietos.

Al finalizar la sesión, se constata la aplicación exitosa de la activación conductual y programación de actividades y se asigna como tarea el cumplimiento de las actividades designadas, ejerciendo un reforzamiento positivo posterior al cumplimiento de cada una.

Sesión 12

El objetivo de la última sesión es revisar y reforzar las técnicas y los objetivos logrados durante el tratamiento y brindar un cierre adecuado al proceso terapéutico.

Preparar a un paciente para la terminación de la terapia es un proceso esencial que debe manejarse con cuidado y consideración, asegurando que el paciente se sienta seguro y apoyado en su transición fuera del contexto terapéutico. Sánchez y Sánchez (2002). Es importante discutir y planificar cómo el paciente puede mantener los cambios positivos y manejar los desafíos futuros.

La sesión concluyó con un repaso de las técnicas aplicadas durante la intervención, desde la relajación progresiva aplicada en la primera sesión, hasta la activación conductual que se realizó en las últimas sesiones. La paciente tuvo la oportunidad de expresar sus sentimientos sobre el fin de la terapia, su viaje de crecimiento personal y sus expectativas para el futuro. Además, se alentó a continuar practicando las técnicas de afrontamiento de estrés, de comunicación y herramientas de autocuidado que se habían desarrollado, recordándole que la consolidación de estos hábitos requiere práctica constante y compromiso personal. De igual manera, se le ofreció retroalimentación positiva sobre los progresos realizados a lo largo del proceso terapéutico, reconociendo sus esfuerzos y logros en el manejo de las dificultades emocionales y las relaciones interpersonales.

Capítulo tres

Resultados

Posterior al desarrollo del proceso terapéutico, es esencial realizar una evaluación de los resultados alcanzados post intervención para comprender la efectividad del tratamiento. En este sentido, se ha realizado un análisis de los datos cuantitativos y cualitativos obtenidos, con el objetivo de obtener una visión completa y detallada de los cambios experimentados por la paciente a lo largo del proceso terapéutico. Sánchez y Sánchez (2002) recomiendan que a medida que se acerca la culminación de la intervención, es crucial revisar los progresos realizados y los objetivos alcanzados durante la terapia. Esto no solo refuerza el sentido de logro de la paciente, sino que también le ayuda a visualizar cómo puede seguir aplicando las habilidades aprendidas de manera independiente. Para ello, se volvieron a aplicar los instrumentos cuyos resultados inicialmente representaban la presencia de síntomas, como la Escala de Depresión Geriátrica de Yesevage, el Inventario de Ansiedad de Beck y la escala de Estrés Percibido.

3.1. Análisis de resultados cuantitativos

Tabla 7

Resultados de seguimiento de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesevage (GDS)

Instrumento	Pre - Intervención	Post - Intervención
Escala de Depresión Geriátrica de Yesevage	4 puntos – Ligera presencia de síntomas depresivos, los cuales no representan una manifestación significativa para determinar un cuadro depresivo.	0 puntos – Ausencia de síntomas depresivos

En la **tabla 7** se muestran los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesevage los cuales fueron obtenidos previo a la intervención y post-intervención. Se evidencia una disminución de 4 puntos en relación con el puntaje inicial de cuatro, lo cual

demuestra que el tratamiento enfocado en reducir sintomatología de estrés contribuye de manera indirecta a la eliminación de los síntomas depresivos presentados. Se observó una disminución significativa en los sentimientos de tristeza, encontrándose la paciente en un estado de mayor tranquilidad y bienestar.

Tabla 8

Resultados de seguimiento del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Instrumento	Pre - Intervención	Post - Intervención
Inventario de Ansiedad de Beck:	25 puntos – Niveles de ansiedad moderados.	7 puntos – Niveles de ansiedad mínimo

En la **tabla 8** se muestran los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck los cuales fueron obtenidos previo a la intervención y post-intervención. Se evidencia una disminución de 18 puntos en relación con el puntaje inicial de 25 puntos, lo cual demuestra resultados favorables en cuanto a la reducción de sintomatología ansiosa, pasando de un nivel moderado a un nivel de ansiedad mínimo. Esta reducción significativa se reflejó en una disminución de los síntomas de inquietud, preocupación excesiva y nerviosismo.

Tabla 9

Resultados de seguimiento de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14)

Instrumento	Pre - Intervención	Post - Intervención
Escala de Estrés Percibido (PSS-14)	29 puntos – estrés moderado.	14 puntos – estrés leve

En la **tabla 9** se muestran los resultados de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14) los cuales fueron obtenidos previo a la intervención y post-intervención. Se evidencia una disminución de 15 puntos en relación con el puntaje inicial de 29 puntos, lo cual demuestra una mejoría notoria en cuanto al nivel de estrés percibido por la paciente y su reducción sintomatológica. Este cambio positivo se reflejó en una disminución de la sensación de

encontrarse abrumada, la irritabilidad y las preocupaciones constantes, presentando así una mejor capacidad para manejar las situaciones estresantes.

3.1. Análisis de resultados cualitativos

Se empleó una ficha de observación fundamentada en la guía propuesta por Fernández-Ballesteros (2013) para evaluar las conductas de la paciente tras la intervención psicológica. Esta herramienta facilitó el análisis de los cambios experimentados por la paciente como resultado del proceso de intervención, los cuales se detallan a continuación.

Tabla 10

Exploración de los resultados cualitativos de la observación y entrevista clínica

Conductas y aspectos con afectación inicial	Evolución			Observación o razón
	Sin cambios	Cambió parcialmente	Se extinguió o modificó	
Preocupación			X	Presenta cogniciones realistas y adaptativas en relación con su contexto.
Frustración			X	Maneja de mejor manera su regulación emocional
Enojo			X	Sus respuestas frente a situaciones estresantes son más adecuadas.
Tristeza			X	Se reduce significativamente los síntomas depresivos
Tensión muscular			X	Se muestra con mayor relajación a nivel corporal

Sueño	X	Los patrones del sueño se ven modificados de manera positiva
--------------	---	--

La **tabla 9** permite evidenciar los cambios generados en la paciente respecto a su sintomatología inicial. A diferencia de las primeras sesiones, la paciente manifiesta sentirse mejor dentro de su ambiente familiar, así como también considera que cuenta con herramientas que le permiten hacer frente a los problemas de una forma efectiva, reduciendo preocupaciones, frustración, enojo, tristeza, tensión muscular. Por ejemplo, la paciente comentó: "Ahora puedo hablar con mi hija sin terminar en una pelea. Me siento más tranquila y puedo pensar con claridad". Además, expresó: "Ya no me siento tan frustrada todo el tiempo. He aprendido a manejar mis emociones mejor".

Agrega presentar mejorías en lo que respecta al sueño, ya que previo a la intervención la paciente mencionaba experimentar periodos de letargo y una ligera dificultad para dormir por la noche. En sus palabras: "Antes, me costaba mucho dormir y me despertaba cansada. Ahora duermo mejor y me siento con más energía al día siguiente". Esta mejoría en los patrones de sueño ha contribuido a su bienestar general y le ha permitido enfrentar el día con una actitud más positiva.

Además de los ejemplos ya mencionados, la paciente también destacó mejoras en su capacidad para gestionar el estrés y su bienestar general. Por ejemplo, comentó: "Antes, me sentía abrumada por cualquier pequeño problema, pero ahora siento que puedo manejar las cosas con más calma. Incluso cuando hay discusiones, puedo mantener la calma y no dejar que me afecten tanto".

Discusión

El presente caso se basa en la evaluación y tratamiento psicoterapéutico de una adulta mayor de 71 años de edad, perteneciente a un centro gerontológico ambulatorio, que acude a consulta debido a la relación conflictiva con su hija y las consecuencias psicológicas manifestadas ante dicha situación. Durante la entrevista se evidencia como la falta del cumplimiento de necesidades básicas de convivencia familiar afecta negativamente a la paciente, tal como lo mencionado por Placeres-Hernandez, et al. (2011) en su revisión bibliográfica sobre la familia y el adulto mayor en donde establece que el apoyo familiar es fundamental para el bienestar emocional de los adultos mayores, y la ausencia de una red de apoyo adecuada puede llevar a sentimientos de aislamiento, depresión y ansiedad, exacerbando las dificultades existentes y afectando negativamente la calidad de vida. En el caso de la paciente, la falta de un entorno familiar cohesionado y el constante conflicto con su hija incrementaron su nivel de estrés.

Durante el proceso de evaluación se buscó identificar el nivel de estrés percibido de la paciente a través de la aplicación de la Escala de Estrés Percibido, cuya capacidad para identificar adecuadamente la incidencia de estrés en personas de la tercera edad ha sido comprobada por Ezzati et al. (2014) y empleada por Buitrago-Bonilla, et al. (2018) en su estudio de niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores de un centro geriátrico en Colombia, manteniendo niveles óptimos de validez y fiabilidad. El puntaje previo a la intervención fue de 29 puntos, lo que indica la presencia de estrés moderado, producto de los constantes conflictos familiares, el cual se redujo a 14 puntos en el retest. En una muestra de 2858 adultos mayores, Widmer y et al. (2017) constataron como los conflictos dentro del núcleo familiar afectan negativamente a la calidad de vida de los adultos mayores y contribuyen a un incremento en el estrés percibido. El estudio mostró que aquellos adultos mayores que enfrentaban frecuentes disputas familiares y falta de apoyo emocional reportaban niveles significativamente más altos de estrés y una calidad de vida disminuida. Este hallazgo es consistente con el presente caso, donde los conflictos familiares contribuyeron a un alto nivel de estrés percibido en la paciente.

Además, se empleó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para determinar la presencia de alteraciones del estado de ánimo, ya que, como menciona Krause en su estudio sobre estrés de la vida cotidiana y depresión en adultos mayores (1986) la presencia de estresores en la tercera edad tiene se correlaciona con la manifestación de síntomas depresivos. Esta escala es considerada precisa para la detección de sintomatología depresiva, tal como lo comprobado en el estudio de Méndez (2021) que analiza la validez de la escala empleando los datos de los estudios SABE y CRELES, los cuales analizan la salud, el bienestar y el envejecimiento en Latinoamérica. Previo al inicio del proceso psicoterapéutico, la aplicación de esta escala arrojó un puntaje de 4/15. A pesar de que el tratamiento se enfocó en la reducción del estrés, sin considerar el abordaje de sintomatología depresiva de forma directa debido a que la puntuación inicial no representaba una manifestación significativa, se evidenció una reducción total de los síntomas al finalizar el tratamiento obteniendo un puntaje de 0 en el retest.

Por otro lado, se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck para identificar la presencia de síntomas ansiosos y comprobar si es estos se relacionaban con los conflictos que presenta con su hija. La aplicación de este reactivo en población de edad avanzada realizada por Wetherell y Gatz (2005) demuestra su validez para identificar la presencia de trastornos de ansiedad, especialmente de síntomas somáticos. Previo al tratamiento se reflejaron niveles moderados de ansiedad con un puntaje de 25, resultados que se relacionan a lo mencionado por Guo et al. (2015), quienes explican que la presencia de conflictos familiares puede presentar una mayor prevalencia de trastornos de sintomatología de tipo ansiosa en la vejez. Al finalizar el proceso terapéutico, el puntaje descendió a 7 puntos, mostrando un nivel de ansiedad mínimo.

La sintomatología presentada no es suficiente para identificar un cuadro depresivo o ansioso, sin embargo, se evidencian niveles significativos de estrés consecuencia de situaciones dentro del contexto familiar, por lo que se determina el diagnóstico de *problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar* (Z63.7). Hardy et al. (2002) mencionan que, como consecuencia de eventos estresantes, los adultos

mayores pueden presentar dificultades para realizar ciertas actividades de la vida diaria e incluso dejar de hacer actividades que eran importantes para ellos, por lo cual es importante reducir la influencia que dichos eventos tienen en el individuo a través de estrategias de afrontamiento. Además, Rainville, et al. (2019) en su estudio sobre comportamientos que moderan la percepción de estrés en adultos mayores, observaron que una respuesta sobredimensionada o inadecuada a los conflictos interpersonales puede aumentar el nivel de estrés en esta población, por lo cual se considera necesario un abordaje que permita la solución de conflictos y el desarrollo de habilidades de comunicación efectivas.

El enfoque del proceso psicoterapéutico fue integrativo, combinando Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Por su parte, la TCC presenta estudios que respaldan su efectividad en el tratamiento de ansiedad y estrés en adultos mayores. (Hendricks, et al.,2008; Benítez y Cerrato, 2005; Hall et al., 2016). En su meta análisis sobre la efectividad de este enfoque en personas de la tercera edad, Hendricks et al. (2008), destacan que la TCC es eficaz para reducir ansiedad, especialmente los síntomas de preocupación. Estos resultados se compararon con un grupo de control que no recibió ningún tratamiento durante el periodo de estudio y otro grupo que recibió una intervención activa diferente a la TCC. De similar forma, un estudio que comparó la efectividad de diversas técnicas, incluyendo la discusión y práctica de habilidades de solución de problemas, relajación muscular, control de estímulos y cambio de creencias sobre la preocupación, entre un grupo experimental y un grupo de control, demostró la eficacia del enfoque de la TCC en la reducción de la preocupación y el estrés asociado. (Benítez y Cerrato, 2005). Además, aunque se trataba de una revisión sistemática y un meta-análisis sobre la eficacia de la TCC en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en población geriátrica, Hall et al. (2016) observaron efectos positivos significativos en la reducción del nivel de estrés en comparación con grupos de control.

Con respecto a la Terapia de Aceptación y Compromiso, Yacoub (2019) presenta una revisión sistemática de estudios realizados en población geriátrica (Wetherel et al, 2011; Zhao et al, 2018; Davidson et al.,2016; Roberts y Sedley,2015) que evidencian la eficacia del

tratamiento con ACT para estrés, ansiedad y depresión mejorando el bienestar de los pacientes de forma significativa. Entre ellos se destaca el estudio de Wetherell et al. (2011) quienes demostraron que la ACT es eficaz en cuanto a la reducción de síntomas depresivos y de preocupación en una muestra de siete adultos mayores, subrayando su importancia en el afrontamiento del estrés y la mejora del bienestar emocional. Además, Roberts y Sedley (2015) evidenciaron como la reducción de inflexibilidad psicológica a través de ACT redujo a su vez los niveles de estrés, preocupación, y depresión en una paciente de 89 años.

Dentro de las sesiones iniciales una de las técnicas aplicadas fue la relajación progresiva de Jacobson, que ayudó a la paciente a manejar su respuesta fisiológica al estrés. En un estudio realizado a 120 adultos mayores, Alphonsa, et al. (2020) demostraron que la aplicación de la relajación progresiva evidencia una reducción de la sintomatología fisiológica y emocional asociada al estrés, siendo esto una parte fundamental del entrenamiento en respuestas de relajación. A medida que el tratamiento progresaba, se introdujeron elementos de la ACT, comenzando con la dimensión de aceptación. Se utilizó la metáfora del jardín para ayudar a la paciente a aceptar situaciones que no podía controlar, como las conductas de su hija, y enfocarse en lo que podía cambiar. Este enfoque permitió a la paciente adoptar una actitud más abierta y flexible respecto a su experiencia emocional, algo que se evidencia en el caso estudiado por Petkus y Wetherell (2013), quienes a través del abordaje de la dimensión de aceptación lograron reducir la evitación experiencial de un paciente de 69 años que presentaba problemas de depresión y ansiedad producto de sus dificultades para hacer frente a eventos estresantes.

Durante la aplicación de su programa de educación emocional para personas mayores en el Ayuntamiento de Lleida, España, Soldevilla et al. (2006) corroboran que el entrenamiento en escucha activa y habilidades sociales permite adquirir mayor precisión en el uso de vocabulario emocional, desarrollando así habilidades comunicativas para manifestar límites, necesidades y errores, así como también una mejor adaptación familiar. Esto se vio demostrado por la paciente al aprender escuchar y comunicar sentimientos y establecer límites claros, reduciendo el estrés y mejorando la relación con su hija.

La activación conductual se centró en incrementar la participación de la paciente en actividades de autocuidado. A través de sesiones específicas, se desarrollaron planes de acción que incluían actividades como caminar al aire libre y dedicar tiempo a demás actividades que había descuidado. Estas acciones no solo mejoraron su bienestar emocional, sino que también le proporcionó un sentido renovado de propósito y satisfacción personal. La revisión sistemática y meta-análisis de Orgeta, Brede y Livingston (2017) sobre la activación conductual en adultos mayores evidencia cómo estos efectos positivos se reflejan en dicha población, observando como los pacientes se involucran de forma activa en su autocuidado.

Este caso subraya la importancia de una intervención integral que no solo aborda los síntomas inmediatos, sino que también trabaja en el desarrollo de habilidades emocionales y conductuales a largo plazo. Además de experimentar una mejora en su estado emocional, la paciente adquirió herramientas valiosas para manejar futuros desafíos, lo cual resalta la eficacia y aplicabilidad de las técnicas empleadas en el contexto de adultos mayores con problemas familiares y de estrés. Además, proporciona un modelo efectivo para intervenir en situaciones de estrés familiar en adultos mayores, demostrando que la combinación de estrategias de Aceptación y Compromiso (ACT) con Terapia Cognitivo Conductual (TCC), reduce el estrés y mejora la comunicación. Sin embargo, a pesar de los resultados favorables, la literatura actual carece de estudios que integren componentes de TCC y ACT en una intervención enfocada en el estrés en adultos mayores. El único estudio hasta la fecha que emplea un enfoque integrativo de ACT y TCC en esta población es el de Linn-Heide y Nordhus (2009), que evidencia un cambio positivo en la percepción y aceptación del dolor y mejora en la calidad del sueño en un adulto mayor que padecía de dolor crónico, destacando así la necesidad de más investigaciones en este ámbito. El presente trabajo podría llenar el vacío en la literatura al proporcionar evidencia de la eficacia de una intervención combinada de ACT y TCC en adultos mayores. Los resultados positivos, como la mejora en la regulación emocional y la reducción del estrés, sugieren que este enfoque es beneficioso. Además, resalta la necesidad de más investigaciones con metodologías rigurosas y de generar más literatura enfocada en esta población.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, es importante señalar la falta de periodicidad entre sesiones, ya que la paciente no asistía con regularidad al centro y en la negativa de la hija de la paciente de participar dentro del proceso terapéutico. Sin embargo, esto no afectó considerablemente al cumplimiento de los objetivos terapéuticos establecidos.

Además, es importante señalar que, al tratarse de un estudio de caso único, los resultados no pueden generalizarse a una población más amplia. La ausencia de un grupo de control también limita la capacidad de atribuir los cambios observados directamente a la intervención, ya que no se puede descartar la influencia de otros factores no controlados.

Por último, se encontró una notable dificultad en la literatura existente para encontrar información específica sobre la población de adultos mayores en contextos similares. Esto subraya la necesidad de más investigaciones enfocadas en esta población particular para poder desarrollar intervenciones más efectivas y basadas en evidencia.

La presente investigación resalta la importancia de evaluar y brindar atención a los adultos mayores, un grupo demográfico a menudo descuidado en términos de apoyo psicológico. El enfoque de intervención empleado puede tener un impacto significativo al mejorar la salud mental y emocional de esta población. Además, brinda la apertura para que se realicen investigaciones sobre las consecuencias negativas de los conflictos dentro de la familia y como abordar dichas situaciones con el fin de mejorar el bienestar.

Conclusiones

La evaluación diagnóstica es fundamental para obtener información valiosa mediante técnicas como la observación, las entrevistas semi-estructuradas y las herramientas psicológicas. Estas metodologías permiten describir, verificar y respaldar la sintomatología presente en el paciente, facilitando así un diagnóstico preciso.

Una vez finalizada la intervención psicoterapéutica, se logra identificar que la aplicación de técnicas basadas en ACT y sus dimensiones de aceptación, clarificación de valores y compromiso (metáfora del tablero de ajedrez y metáfora del jardín) son útiles para ayudar a las personas a ser más abiertas y flexibles ante situaciones estresantes y a mejorar su gestión emocional. Además, la toma de perspectiva permite entender la fluctuación emocional y reducir el estrés con el tiempo, mientras que la activación conductual y el autocuidado fomentan la participación en actividades gratificantes y mejoran el bienestar del individuo.

La práctica continua de relajación progresiva reduce la tensión, la técnica del semáforo ayuda en la toma de decisiones conscientes, y la resolución de conflictos mejora las relaciones interpersonales. Las autoinstrucciones positivas motivan en situaciones difíciles, y la escucha activa fortalece la comunicación. En conjunto, estas técnicas ayudan a manejar el estrés y desarrollar resiliencia para enfrentar futuros desafíos.

Finalmente, se puede concluir que la implementación de la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) demuestra ser una estrategia efectiva para mejorar la calidad de vida en adultos mayores que enfrentan problemas familiares y estrés. Esta combinación de enfoques no solo proporciona un modelo efectivo de intervención, sino que también contribuye a reducir significativamente la sintomatología en personas de la tercera edad, incluyendo preocupación, frustración, enojo, tristeza, tensión muscular y problemas del sueño.

Recomendaciones

De acuerdo con las conclusiones expuestas anteriormente, se proponen las siguientes recomendaciones:

Referente al proceso de evaluación y diagnóstico, se considera fundamental emplear técnicas de observación, entrevistas semi-estructuradas y herramientas psicológicas válidas y confiables para obtener una descripción precisa de la sintomatología del paciente. Incluir a familiares cercanos en el proceso de evaluación cuando sea posible para corroborar la información proporcionada por el paciente y obtener datos adicionales relevantes.

Asimismo, es esencial que el tratamiento utilice técnicas efectivas adaptadas a las características individuales y a las problemáticas específicas del paciente. Esto asegura que la intervención sea personalizada y pertinente, aumentando de esta forma la probabilidad de obtener resultados positivos y duraderos en el proceso terapéutico, así como también facilitando un mayor compromiso y participación activa del paciente durante el proceso

Finalmente, es importante realizar evaluaciones continuas post-intervención para monitorear el progreso y la efectividad de las técnicas aplicadas. Ajustar el tratamiento según sea necesario permitirá mantener los resultados positivos y ayudar a los pacientes a enfrentar nuevos desafíos con resiliencia.

Referencias

- Aguado, C., Martínez, J., Onís, M.C., et al.(2000). Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la “Geriatric Depression Scale” (GDS) de Yesavage. *Atención Primaria*, 26 (supl 1): 328.
- Akil H, Gordon J, Hen R, Javitch J, Mayberg H, McEwen B, Meaney MJ, Nestler EJ (2018) Treatment resistant depression: a multi-scale, systems biology approach. *Neurosci Biobehav Rev* 84:272–288. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.08.019 pmid:28859997
- Alphonsa, K. K., Mathew, J., Jaleel Abdul, A., & Vijayaraghavan, R. Effectiveness of relaxation therapy on physiological variables among elderly residing in homes for the aged.
- American Psychological Association [APA]. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (2008). Salud mental/corporal: Estrés. <https://www.apa.org/topics/stress/estres>.
- Barrionuevo, L. A. B. (2019). Deterioro cognitivo, depresión y estrés asociados con enfermedades crónicas en adultos mayores. Cuenca 2014. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 37(2), 13-20.
- Beck A. Emery G., Rush J. y Shaw B. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Madrid: Desclée de Brouwer. 19° edición.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897
- Bellack, A.S. y Morrison, R.L. (1982). Interpersonal dysfunction. En A.S. Bellack, M.
- Benítez, R. N., & Cerrato, I. M. (2005). Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para la preocupación excesiva en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 215-226.
- Bernaola-Sagardui, I. (2018). Validación del índice de Barthel en la población española. *Enferm. clín.(Ed. impr.)*, 210-211.

- Bernstein, D.A., Given, B.A. 1984. Progressive relaxation: abbreviated methods. In: Woolfolk R L, Lehrer P M (eds) Principles and practice of stress management. Guilford Press, New York.
- Bonilla, L. M. B., Espinosa, L. C., & Lugo, R. L. C. (2018). Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. *Integración Académica en Psicología*.
- Brownell, J. (2012). Listening: Attitudes, principles, and skills. Boston, MA: Pearson.
- Caballo, V. E. (2017). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Siglo XXI de España Editores.
- Calozuma, P. A., & Cherres, J. P. (2020). Salud mental en el adulto mayor. Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional, 5(2), 3-21.
- Candela Sierra, N. (2016). Programa de intervención para familias en riesgo de exclusión social.
- Carmin, C. (2012). Cognitive Behavior Therapy With Older Adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 87-88. <https://doi.org/10.1016/J.CBPRA.2011.07.001>.
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista española de salud pública*, 71, 127-137.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Jama*, 298(14), 1685-1687. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/209083>.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385-396.
- Comeche, M. I., Díaz, M. I. y Vallejo, M. A. (1995). Cuestionarios, inventarios y escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Corsini, R. (1966). Role Playing in Psychotherapy (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351307208>
- Cummings, S., Li, W., & Kropf, N. (2017). Aging and mental health: global perspectives. *Innovation in Aging*, 1, 640-640. <https://doi.org/10.1093/GERONI/IGX004.2262>.

- Davison, T. E; Eppingstall, B; Runci, S; & O'Connor, D. W. (2017). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & Mental Health*, 21,(7), pp,766-773. doi.org/10.1080/13607863.2016.1156051.
- De la Serna, J.M. (2018). El diagnóstico diferencial en la Psicología Clínica. En J.M. De la Serna, Entrenamiento en habilidades básicas del psicólogo clínico-sanitario. Montefranco: Tektime, 59-78.
- Doris, S. D. D., Carolina, M. R., Javier, G. C., & Carolina, M. V. (2018). Nivel de estrés percibido por personas de 60 y más años de dos ciudades chilenas. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. <https://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/viewPaper/694>
- Ezzati, A., Jiang, J., Katz, M., Sliwinski, M., Zimmerman, M., & Lipton, R. (2014). Validation of the Perceived Stress Scale in a community sample of older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29. <https://doi.org/10.1002/gps.4049>.
- Fernández-Ballesteros, R. (2014). *Evaluación psicológica*. Ediciones Pirámide.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. (1975). 'Minimal State'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*; 12: 189-98
- Galarreta, A. S., & Palacios, A. D. (2024). Validación de la escala de depresión geriátrica GDS de Yesavage en los adultos mayores del distrito de San Miguel de El Faique 2023. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/139350>.
- Gálvez Olivares, M., Aravena Monsalvez, C., Aranda Pincheira, H., Ávalos Fredes, C., & López-Alegría, F. (2020). Salud mental y calidad de vida en adultos mayores: revisión sistémica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(4), 384-399. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-2272020000400384&script=sci_arttext&tlng=en
- González Terrazas, R., & Campos Aguilera, M. D. G. (2021). Activación conductual (programación de actividades) y depresión: Una mirada analítica-conductual. *Acta comportamental*, 29(4), 175-195.

- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, J. (2006). Emotion in Psychotherapy: A Practice-Friendly Research Review. *Journal of Clinical Psychology*, 62(5), 611-630.
- Gum, A. M., Petkus, A., McDougal, S. J., Present, M., King-Kallimanis, B., & Schonfeld, L. (2009). Behavioral health needs and problem recognition by older adults receiving home-based aging services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 400–408.
- Guo, M., Li, S., Liu, J., & Sun, F. (2015). Family Relations, Social Connections, and Mental Health Among Latino and Asian Older Adults. *Research on Aging*, 37, 123 - 147. <https://doi.org/10.1177/0164027514523298>.
- Hall, J., Kellett, S., Berrios, R., Bains, M., & Scott, S. (2016). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults: Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression.. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 24 11, 1063-1073. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.06.006>.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2002). Stressful life events among community-living older persons. *Journal of General Internal Medicine*, 17(11), 841-847. <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC1495128&blobtype=pdf>.
- Hayes, S. C. (2013). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: The Guilford Press.
- Hendriks, G.J., Oude Voshaar, R.C., Keijsers, G.P., Hoogduin, C.A., Van Balkom, A.J. (2008). Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 117(6):403-11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18479316/>.

- Hersen y A.E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behaviour modification and therapy*. Nueva York: Guilford Press
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.
- Isaacowitz, D. M., & Seligman, M. E. (2002). Cognitive style predictors of affect change in older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 54, 233–253.
- Kelly, M., Duff, H., Kelly, S., Power, J., Brennan, S., Lawlor, B., & Loughrey, D. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Systematic Reviews*, 6. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0632-2>.
- Knappe, P. P. (2013). *Introducción al role-playing pedagógico*. Desclée De Brouwer.
- Krause, N. (1986). Life stress as a correlate of depression among older adults. *Psychiatry Research*, 18(3), 227-237.
- López Palma, A. E., Benítez Hurtado, X. G., León Ron, M. J., Maji Mozo, P. J., Dominguez Montoya, D. R., & Baez Quiñónez, D. F. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2).
- Lotito, F. (2015). Test Psicológicos y Entrevistas: Usos y Aplicaciones Claves en el Proceso de Selección e Integración de Personas a las Empresas. *RAN-Revista Academia & Negocios*, 1(2).
- Magán, I., Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2008). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 626-640.
- McEwen, B., & Akil, H. (2020). Revisiting the Stress Concept: Implications for Affective Disorders. *The Journal of Neuroscience*, 40, 12 - 21. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0733-19.2019>.
- Meichenbaum, D., & Cameron, R. (1974). The clinical potential of modifying what clients say to themselves. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 11(2), 103.

- Meichenbaum, D., & Cameron, R. (1987). Stress inoculation training: Toward a general paradigm for training coping skills. In *Stress reduction and prevention* (pp. 115-154). Boston, MA: Springer US.
- Méndez Chacón, E. (2021). Evaluación psicométrica de la escala de depresión de Yesavage en adultos mayores latinoamericanos: Estudios SABE y CRELES. *Interdisciplinaria*, 38(2), 103-115. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-70272021000200103&script=sci_arttext.
- Nomen Martín, L. (2016). 50 técnicas psicoterapéuticas. Comercial Grupo ANAYA, SA.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Salud mental de los adultos mayores. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
- Orgeta, V., Brede, J., & Livingston, G. (2017). Behavioural activation for depression in older people: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 211 5, 274-279 . <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.205021>.
- Osmanovic-Thunström, A., Mossello, E., Åkerstedt, T., Fratiglioni, L., & Wang, H. (2015). Do levels of perceived stress increase with increasing age after age 65? A population-based study. *Age and ageing*, 44 5, 828-34. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv078>.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez Martínez, O., Valdivia-Salas, S., & Luciano Soriano, M. D. C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica.
- Papalia, D. y Martorell, G. (2017). *Desarrollo humano*. Editorial McGraw-Hill.
- Payne, R. A. (2005). *Técnicas de relajación*. Editorial Paidotribo.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Perpiña, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica*. Ediciones Pirámide. Madrid.

- Petkus, A., A., M., & Wetherell, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy with Older Adults: Rationale and Considerations.. *Cognitive and behavioral practice*, 20 (1), 47-56 . <https://doi.org/10.1016/J.CBPRA.2011.07.004>.
- Placeres Hernández, J. F., de León Rosales, L., & Delgado Hernández, I. (2011). La familia y el adulto mayor. *Revista médica electronica*, 33(4), 472-483. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242011000400010&script=sci_arttext.
- Rainville, G., Williams, A. R., & Choi-Allum, L. (2019). Coping behaviors that increase stress among older adults. *Innovation in Aging*, 3(1), S958. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6845044/>.
- Ramón Cortés, F. (2011). Hablando la gente se ama. Barcelona: Ara Llibres.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish journal of psychology*, 9(1), 86-93.
- Reyes, S., Beaman, P, García-Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A. y Jagger, C. (2004). Validation of a modified version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging Neuropsychology and Cognition*, 11, 1-11
- Roberts, Sarah. & Sedley, Ben. (2016). Acceptance and commitment therapy with older adults: rationale and case study of an 89-year-old with depression and generalized anxiety disorder. *Clinical Case Studies*. 15,(1),pp, 53-67
- Ruiz, M., Diaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Sánchez, J. J. R., & Sánchez, J. J. C. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. R & C Editores.
- Scott, J., Howard, A., Luszcz, M., Mazzucchelli, T., Walker, R., & Windsor, T. (2021). The Effect of Behavioral Activation on Older Adults' Engagement and Wellbeing: A Randomized Control Trial Protocol. *Innovarían in Aging*, 5, 910 - 910.
- Schnitman, D. F. (2000). *Nuevos paradigmas en la resolución de conflictos: Perspectivas y prácticas*. Ediciones Granica SA.

- Soldevila, A., Ribes, R., Filella, G., & Agulló, M. J. (2006). Objetivos y contenidos de un programa de educación emocional para personas mayores. *Emocional. Revista Iberoamericana de Educación*, 37(5), 1-13.
- Thomae, H. (2002). Haciéndole frente al estrés en la vejez. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1(1), 42-54. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534204.pdf>.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Ayers, C., Stoddard, J. A., Ruberg, J., Sorrell, J. T., et al. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy*, 42, 127–134.
- Wetherell, J. L.; Liu, L.; Patterson, T. L, Afari, N; Ayers, C. R;Thorp, S. R & Petkus, A. J. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy*, 42(1), pp,127-134.doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.002
- Wetherell, J., & Gatz, M. (2005). The Beck Anxiety Inventory in Older Adults With Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 17-24. <https://doi.org/10.1007/S10862-005-3261-3>.
- Wilson, K. y Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide
- Yacoub, M. (2019). Acceptance and Commitment Therapy for Elderly Issues. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3419815>.
- Yesavage, J.A. y Brink, T.L. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatry Research*, 17, 37-49
- Zhao, Y; Jin, M; Cao, J; Bai, X; Wang, F; Long, H & Zhu, Z. (2018). Effect of cognitive behavior therapy and acceptance commitment therapy on anxiety and depression in the elderly. *Chinese Journal of Behavioral Medicine and Brain Science*, 27,(2),pp, 108-114.