



**UTPL**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

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

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Intervención psicoterapéutica integrativa de episodio  
depresivo leve en un adulto con discapacidad intelectual**

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

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Autor:** Guevara Gordillo, Stephanie Alexandra

**Director:** Valarezo Guzmán, Erick Gabriel

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, 18 de septiembre de 2024

Magister

Gianella Lisbeth Toro Sánchez

**Directora de la carrera de Psicología Clínica**

Ciudad. -

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicoterapéutica integrativa de episodio depresivo leve en un adulto con discapacidad intelectual, realizado por Stephanie Alexandra Guevara Gordillo, 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: Mgtr. Erick Gabriel Valarezo Guzmán

C.I.: 0705954154

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

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

Yo, Stephanie Alexandra Guevara Gordillo, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente: Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención psicoterapéutica integrativa de episodio depresivo leve en un adulto con discapacidad intelectual, de la carrera de Psicología Clínica , específicamente de los contenidos comprendidos en: capítulo1 marco teórico, capítulo 2 metodología, capítulo 3 resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo Erick Gabriel Valarezo Guzmán, director del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

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

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

.....

Autora: Stephanie Alexandra Guevara Gordillo

C.I.: 1150072005

Correo electrónico: [saguevara2@utpl.edu.ec](mailto:saguevara2@utpl.edu.ec)

## Dedicatoria

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, quien ha sido mi guía en este proceso, agradezco infinitamente a mis padres quienes han sido mi mayor apoyo y motivación en cada paso que he dado, sus palabras de aliento han sido el combustible fundamental que me ha impulsado a seguir adelante en este largo camino de estudios. Su constante presencia y respaldo fueron fundamentales para mí.

También quiero dedicar este trabajo a mis hermanos, ya que su apoyo incondicional ha sido importantes en mi vida, la alegría y positividad han iluminado mis días y me han alentado a perseverar en cada desafío que se me presenta día a día, siempre dispuestos a tenderme una mano cuando lo necesité. Finalmente, quiero expresar mi gratitud a mis mascotas Sami, Dante y Kiara por acompañarme, darme su cariño, amor y lealtad curando mi alma en mis momentos más difíciles. Su presencia ha sido una fuente constante de alegría y consuelo.

Esta etapa de mi vida ha estado llena de gratos encuentros y experiencias enriquecedoras, ya que, he tenido el privilegio de conocer a personas excepcionales, tanto amigos como docentes, de quienes he aprendido grandes lecciones y a su vez hemos compartido momentos inolvidables que atesoro con cariño. A pesar de las circunstancias y contratiempos que he enfrentado, sé que he contado con el apoyo y la comprensión de las personas adecuadas, quienes me han ayudado a convertir cada desafío en una oportunidad de crecimiento personal.

## **Agradecimiento**

Quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la culminación de este importante capítulo en mi vida. En primer lugar, agradezco a mis padres por ser un apoyo fundamental en mi formación personal y profesional, por brindarme educación, su incondicional apoyo y cuidado constante. Su amor y dedicación han sido cruciales para llegar hasta aquí. A mis amigos Melany, Carlos, Sarita, Scarleth, Dayana y Anahi, quienes me han acompañado en esta etapa universitaria, ofreciéndome su apoyo y amistad, cada risa compartida, cada palabra de aliento y cada gesto de solidaridad han sido un recordatorio en este camino. A mi cuñado, por paciencia y sus consejos que me impulsaron a seguir adelante y no rendirme.

Finalmente, a mis profesores, cuyo conocimiento, dedicación y guía han sido fundamentales en mi formación. Gracias a todos por ser parte de este viaje y por contribuir de manera tan significativa.

## Índice de contenido

<b><i>Carátula</i></b> .....	<b><i>I</i></b>
<b><i>Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular</i></b> .....	<b><i>II</i></b>
<b><i>Declaración de autoría y cesión de derechos</i></b> .....	<b><i>III</i></b>
<b><i>Dedicatoria</i></b> .....	<b><i>V</i></b>
<b><i>Agradecimiento</i></b> .....	<b><i>VI</i></b>
<b><i>Índice de contenido</i></b> .....	<b><i>VII</i></b>
<b><i>Resumen</i></b> .....	<b><i>1</i></b>
<b><i>Abstract</i></b> .....	<b><i>2</i></b>
<b><i>Introducción</i></b> .....	<b><i>3</i></b>
<b><i>Capítulo uno</i></b> .....	<b><i>7</i></b>
<b><i>Marco teórico</i></b> .....	<b><i>7</i></b>
<b>1.1 Presentación del caso</b> .....	<b><i>7</i></b>
<b>1.1.1 Identificación del paciente</b> .....	<b><i>7</i></b>
<b>1.1.2 Motivo de consulta</b> .....	<b><i>8</i></b>
<b>1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología</b> .....	<b><i>9</i></b>
<b>1.2 Proceso de evaluación</b> .....	<b><i>10</i></b>
<b>1.3 Proceso diagnóstico</b> .....	<b><i>20</i></b>
<b>1.3.1 Diagnóstico presuntivo</b> .....	<b><i>20</i></b>
<b>1.3.2 Diagnóstico diferencial</b> .....	<b><i>21</i></b>
<b>1.3.3 Diagnóstico definitivo</b> .....	<b><i>28</i></b>
<b><i>Capítulo dos</i></b> .....	<b><i>32</i></b>

<b>Metodología.....</b>	<b>32</b>
<b>2.1 Tratamiento/Intervención.....</b>	<b>32</b>
<b>2.1.1 Objetivos terapéuticos.....</b>	<b>32</b>
<b>2.1.2 Plan de tratamiento/intervención .....</b>	<b>33</b>
<b>Capítulo tres.....</b>	<b>52</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>52</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>59</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>70</b>

#### Índice de tablas

<b>Tabla 1 Minimental Test de Funciones Mentales.....</b>	<b>13</b>
<b>Tabla 2 Resultados de los instrumentos aplicados.....</b>	<b>18</b>
<b>Tabla 3 F84.0 Autismo infantil.....</b>	<b>21</b>
<b>Tabla 4 F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada .....</b>	<b>25</b>
<b>Tabla 5 F32.0 Episodio Depresivo Leve .....</b>	<b>28</b>
<b>Tabla 6 Plan psicoterapéutico.....</b>	<b>33</b>
<b>Tabla 7 Resultados cualitativos en el paciente.....</b>	<b>56</b>

#### Índice de figuras

<b>Figura 1 Genograma familiar del paciente .....</b>	<b>7</b>
<b>Figura 2 Resultados del Inventario de Depresión de Beck.....</b>	<b>52</b>
<b>Figura 3 Resultados de Inteligencia Emocional “TMMS-24” .....</b>	<b>53</b>
<b>Figura 4 Resultados del Inventario de Autoestima-Coopersmith.....</b>	<b>54</b>
<b>Figura 5 Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton .....</b>	<b>55</b>
<b>Figura 6 Resultados de la Escala de Habilidades Sociales (EHS).....</b>	<b>55</b>

## Resumen

El presente trabajo contempla el caso clínico de un paciente de 29 años. Durante la evaluación, se utilizaron las técnicas de la entrevista y observación, se aplicó los instrumentos psicológicos como: Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Autoestima de Coopersmith (versión adultos), la Escala de Ansiedad de Hamilton, el TMMS-24 de Inteligencia Emocional, Escala de Habilidades Sociales (EHS), Prueba de Madurez Mental de California (Forma Abreviada – Serie Intermedia 1950 S) y el Mini Mental Test. Paciente ha sido diagnosticado con discapacidad intelectual y un episodio depresivo leve. La intervención psicológica se realizó mediante 12 sesiones, las cuales se basaron en un enfoque integrativo, adaptando las técnicas a las necesidades específicas del paciente. Los resultados indicaron una mejora significativa en la sintomatología depresiva, la autoestima, el manejo de emociones y las habilidades sociales del paciente. Además, se evidenció un progreso notable y una mejora en la calidad de vida del paciente.

*Palabras clave:* Discapacidad, Depresión, Intervención

### **Abstract**

The present work contemplates the clinical case of a 29-year-old patient. During the evaluation, interview and observation techniques were used, psychological instruments were applied such as: Beck Depression Inventory, Coopersmith Self-Esteem Inventory (adult version), Hamilton Anxiety Scale, TMMS-24 Intelligence Emotional, Social Skills Scale (EHS), California Mental Maturity Test (Short Form – Intermediate Series 1950 S) and the Mini Mental Test. Patient has been diagnosed with intellectual disability and a mild depressive episode. The psychological intervention was carried out through 12 sessions, which were based on an integrative approach, adapting the techniques to the specific needs of the patient. The results indicated a significant improvement in the patient's depressive symptoms, self-esteem, emotion management, and social skills. In addition, notable progress and improvement in the patient's quality of life was evident.

*Keywords:* Disability, Depression, Intervention

## Introducción

El trastorno del desarrollo intelectual o discapacidad intelectual es una condición del neurodesarrollo que se distingue por limitaciones en el funcionamiento intelectual y en las conductas adaptativas. Esta condición se manifiesta durante el período de desarrollo y puede afectar diversas áreas de la vida, incluyendo el aprendizaje, la comunicación y las habilidades sociales (Romero-Lozano et al., 2023). Las limitaciones en la conducta adaptativa son especialmente significativas, afectando la capacidad de una persona para responder de forma eficaz a los cambios constantes y no planificados que ocurren en su entorno (Palacio y Menjura, 2020).

Las causas de la discapacidad intelectual son variadas, aunque más del 50% de los casos se deben a factores genéticos. A nivel mundial es uno de los principales trastornos del neurodesarrollo que afecta aproximadamente al 2% de la población. En Ecuador la discapacidad intelectual representa una de las principales causas de discapacidad a nivel nacional, que afecta a 71,417 personas, lo que equivale a una tasa del 0,49%, aproximadamente una de cada doscientas personas. Es importante destacar que esta condición puede estar asociada con otros trastornos como el autismo, trastornos motores o sensoriales, trastornos del sueño, problemas de alimentación, así como diversas patologías médicas, psicopatológicas, como la ansiedad y la depresión (Debrouwere et al., 2021; Portes, 2020).

En particular los trastornos emocionales, específicamente la depresión, representan uno de los problemas más prevalentes y preocupantes en esta población. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) alrededor de 50 millones de personas que residen en las regiones de América sufren de depresión, destacando que más del 80% de la depresión y de otros trastornos mentales comunes en el mundo se encuentra en países en vía de desarrollo. En América Latina y el Caribe, se calcula que 21 millones de personas tienen un trastorno como la depresión. A nivel del Ecuador, según los datos recopilados durante el año 2015, existieron 50.379 personas con un diagnóstico presuntivo y definitivo por padecer depresión, de los cuales 36.631 fueron correspondientes a mujeres y 13.748 a

hombres. Además, se obtuvo alrededor de 3.406 hospitalizaciones relacionadas con casos de depresión (Borja et al., 2022).

La depresión es un problema de salud pública grave, en comparación con la población en general, las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo (IDD) presentan tasas más altas de problemas de salud mental, estimándose que entre el 30% y el 35% de la población con estas discapacidades presenta un trastorno psiquiátrico, siendo los trastornos depresivos las afecciones más comunes, con una estimación de 4 veces más prevalencia en personas con IDD en comparación con aquellos sin IDD. Aunque existe una mayor proporción, actualmente, no existen pautas específicas para el tratamiento de depresión leve en personas con estas condiciones, dando como resultado que el enfoque de tratamiento sea psicofarmacológico, mientras que la psicoterapia sea rara vez utilizada (Bordejanu & Smith, 2022).

Las estimaciones de prevalencia informadas de depresión en personas con discapacidad intelectual varían constantemente. Por ejemplo, en el año 2007 en una muestra de 151 adultos con discapacidad intelectual se encontró que el 39,1% de los participantes presentaban síntomas de depresión. En el año 2008 en un estudio sobre la prevalencia de enfermedades psiquiátricas se calculó que el 2,2% de una muestra de personas con discapacidad leve y moderada estaban deprimidas. En el año 2013 se determinó que la prevalencia de depresión y ansiedad en una población holandesa de 990 participantes de mayor edad con discapacidad intelectual, se obtuvo que el trastorno depresivo mayor se presentó en un 7,6% (Scheirs et al., 2023). A nivel del Ecuador la investigación en áreas de la psiquiatría y de la salud mental son muy escasas para conocer la prevalencia de depresión en personas con discapacidad intelectual (Gamboa-Proño et al., 2020).

Es importante destacar que anteriormente se consideraba que las personas con discapacidad intelectual no manifestaban problemas de salud mental, atribuyendo esto a características propias de la condición. Sin embargo, investigaciones recientes han indicado que las personas que presentan un nivel leve o moderado de discapacidad pueden experimentar una variedad de problemas de salud mental, destacando que los síntomas

depresivos son similares a personas que no padecen de una discapacidad, generalmente pueden experimentar estados internos como la anhedonia, sentimientos de culpa y pensamientos suicidas. Por otro lado, en personas con discapacidad grave, el diagnóstico es más complicado debido al deterioro cognitivo que puede generar dificultades para reconocer un estado de ánimo bajo y mostrar incapacidad para autoinformar estados internos que podrían indicar la presencia de depresión (Eaton et al., 2021).

De acuerdo con los criterios establecidos por Clasificación Internacional de enfermedades (Cie-10) la depresión se incluye en la categoría de trastornos del humor y los clasifica en: episodio depresivo leve, moderado y grave con o sin presencia de síntomas psicóticos y otros tipos de episodios mismos que se acompañan con síntomas como estado de ánimo depresivo, disminución del interés y capacidad para experimentar placer por actividades, aumento o pérdida de peso, insomnio o hipersomnias, agitación, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la atención y pensamiento de muerte recurrentes. Estos síntomas deben estar presentes mínimo por un lapso de 2 semanas (Pérez-Padilla et al., 2017).

Por lo tanto, la intervención psicológica desempeña un papel fundamental al intervenir directamente con personas con discapacidad que presentan un trastorno como la depresión, tanto de manera individual como en grupos pequeños, mediante la aplicación de diversas técnicas; métodos psicoeducativos y terapéuticos adaptados a la población. Estas intervenciones buscan mejorar la calidad de vida y promover la inclusión social, destacando la importancia de involucrar a la familia garantizando su participación en el proceso (Trollor, 2018).

El trabajo realizado en el estudio de caso permite aportar información relevante para el ámbito educativo, clínico y de la sociedad en general, puesto que las intervenciones psicoterapéuticas en personas con discapacidad intelectual son nulas o escasas. La intervención psicoterapéutica realizada al estudio de caso permitió aplicar los conocimientos aprendidos. Además, sirve de guía para los profesionales de la salud mental para implementar tratamientos personalizados que aborden la adaptación de las técnicas y/o

actividades a las condiciones que presenta la persona, con ello abordar de la manera mas adecuada la depresión en pacientes con discapacidad intelectual mejorando el bienestar emocional y social. También reducir en la sociedad en general el estigma asociado a que la personas con discapacidad intelectual no pueden recibir un tratamiento psicoterapéutico para mejorar sus síntomas y evitar complicaciones mayores mediante un tratamiento temprano.

En cuanto a la estructura del presente trabajo se divide en varios capítulos detallados a continuación. En el primer capítulo, abarca el marco teórico, en el cual se detalla la presentación del caso, incluyendo la identificación del paciente, el motivo de consulta, la historia del problema y la descripción de la sintomatología. Además, se describe el proceso de evaluación, que abarca entrevistas y observaciones clínicas, así como los instrumentos psicológicos aplicados en este estudio. También, se proporciona el diagnóstico tanto presuntivo como final. El segundo capítulo, se centra en la metodología, incluyendo los objetivos terapéuticos y el plan de intervención, con una descripción detallada de cada sesión. Finalmente, el tercer capítulo aborda los resultados obtenidos, tanto cuantitativos como cualitativos, así como conclusiones y recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas utilizadas a lo largo del trabajo.

## Capítulo uno

### Marco teórico

#### 1.1 Presentación del caso

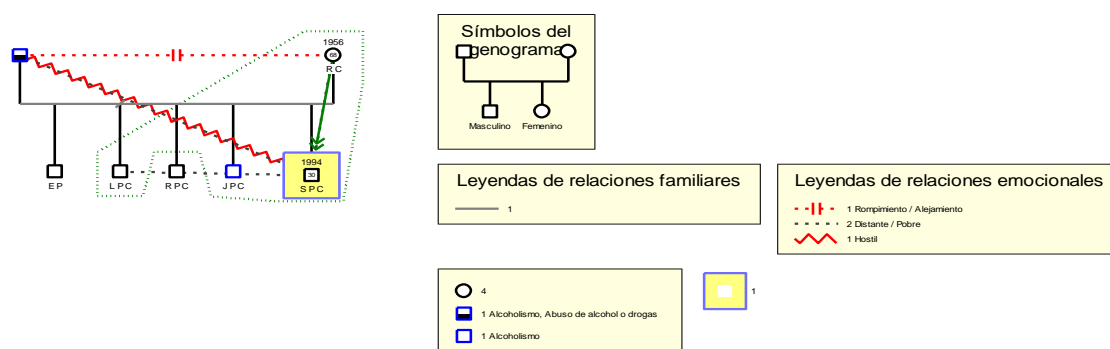
La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

##### 1.1.1 Identificación del paciente

Paciente N.N., de 29 años de sexo masculino, soltero y sin hijos con nacionalidad ecuatoriana, nació en la provincia de Zamora Chinchipe en octubre de 1994. Proviene de una familia católica y hace 11 años se sometió a una evaluación para obtener el carnet de discapacidad, calificándolo con un 70% de discapacidad intelectual. Actualmente se encuentra asistiendo al Centro Diurno para Personas con Discapacidad, desde el año 2008. Su nivel socioeconómico es medio bajo y gracias al bono que recibe el paciente, puede subsistir.

**Figura 1**

*Genograma familiar del paciente*



*Nota.* Gráfica del genograma familiar del paciente.

Proviene de una familia desestructura y monoparental conformada por la madre y sus hermanos; se conoce que los padres de S. se encuentran separados hace aproximadamente 28 años. Respecto a la dinámica familiar existe una relación distante y hostil con su padre,

quien presenta antecedentes de alcoholismo. Por el contrario, la relación con la madre siempre ha sido armoniosa, existiendo lazos afectivos estrechos. En cuanto a sus hermanos, el paciente es el menor de cinco, de los cuales convive con su segundo quien presenta un diagnóstico de discapacidad intelectual grado moderado mantiene una relación distante, Además, con su primer y tercer que están casados y han establecido sus hogares de manera independiente tiene una relación regular.

Finalmente, los antecedentes patológicos, se evidencian que el segundo hermano S.P. presenta discapacidad intelectual por lo que se encuentra ingresado en el mismo Centro y con el cual mantiene una relación distante, el cuarto hermano J.P también enfrenta desafíos relacionados con la discapacidad intelectual y problemas de alcoholismo mantiene una relación cercana. En contraste, el primer y tercer hermano no presentan ninguna enfermedad física, psicológica o psiquiátrica.

### **1.1.2 Motivo de consulta**

Paciente N.N. acude a consulta de manera voluntaria acompañado por su madre, con el fin de obtener asistencia psicológica para la actualización periódica de su historial clínico. La consulta se presentó debido a dificultades en las capacidades cognitivas, dificultades en el lenguaje, desarrollo psicomotor, así como alteraciones en la memoria anterógrada y retrógrada.

Su madre refiere haber notado cambios en el comportamiento y emocionalidad como tristeza sin motivo aparente durante las últimas semanas. Aunque estos cambios no han afectado significativamente su desempeño, son motivos de preocupación debido a su falta de atención cuando se le pide algo, la pérdida de interés en actividades que solía disfrutar y un retroceso en las actividades psicopedagógicas dentro del centro al que asiste. Así mismo el paciente comunica no tener ánimos para realizar las actividades, refiere que “se siente triste”, que “no puedo dormir en la noche” y no tener “ánimo para hacer las tareas”.

Durante las últimas semanas hay presencia de pérdida de interés por realizar las actividades en el centro, así como periodos de tristeza por las mañanas sin motivo aparente y dificultades para conciliar el sueño.

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

En base al relato de la madre, se conoce que el paciente proviene de un embarazo no planificado. Refiere haber asistido a todos los controles, pero no tomaba ninguna vitamina durante el estado de gestación, presentó dificultades vinculadas a una caída de la madre y complicaciones durante el parto, que resultaron en sufrimiento fetal e hipoxia, ocasionando daños permanentes en el desarrollo de su hijo, ausencia de llanto al momento de nacer. Desde el primer año de vida, el paciente experimentó crisis convulsivas con una frecuencia diaria, acompañadas de vómitos y defecación involuntaria, no recibió atención médica adecuada, ya que su madre optó por remedios caseros proporcionados por la abuela y la hermana.

Presentó retrasos en el desarrollo psicomotor, el lenguaje, desarrollo de habilidades sociales y del juego, así como en las capacidades cognitivas. Por esta razón, su madre no lo inscribió en la escuela, pues su desempeño no era como el de otros niños, desertando de las atenciones académicas, alrededor de los 7 u 8 años, S. aún no había desarrollado lenguaje expresivo y comprensivo acorde a su edad, lo que llevó a su madre a ingresarlo en una escuela especial a la edad de 6 años. El ambiente familiar era inadecuado debido a un mal sistema de crianza por parte de su padre, ya que sufría de alcoholismo. N.N. presentó conductas de aislamiento y timidez, ausencia de estimulación para el desarrollo de habilidades durante su niñez. Sin embargo, se ha desarrollado como un niño muy alegre y sociable, con dificultades para expresión emocional.

Desde hace 11 años, se sometió a una evaluación para obtener el carnet de discapacidad, calificándolo con un 70% de discapacidad intelectual. Ha estado asistiendo al centro durante aproximadamente desde el 2008, lo cual le ha permitido desarrollar habilidades básicas para la vida diaria, así como instrumentales, las cuales le han permitido mejorar su autonomía e independencia, presenta un perfil funcional adecuado para desarrollar habilidades preocupacionales y laborales, durante las últimas semanas no se han presentado situaciones de interés en las actividades que solía disfrutar, faltan de intención

cuando se le pide algo así como retroceso en la actividades psicopedagógicas dentro del centro, no recibe tratamiento farmacológico, comportamiento y conductas adecuadas.

Actualmente, el paciente presenta sintomatología depresiva, la cual es referida por la madre quien ha manifestado cambios en la conducta y comportamientos durante la última semana, así como como no prestar atención cuando le piden algo y pérdida de interés en las actividades que su hijo antes solía hacer, así como retroceso en las actividades psicopedagógicas que recibe dentro del centro y pérdida de interés en las actividades que el usuario solía realizar.

En cuanto a la sintomatología del paciente ha experimentado síntomas como pérdida de interés por las actividades realizadas en el centro, periodos de tristeza por las mañanas sin motivo aparente y dificultades para conciliar el sueño, estos cambios no están acompañados de conductas autolesivas o comportamientos inadecuados hacia los demás, los cuales podrían estar relacionados a dificultades familiares, aunque la intensidad y la frecuencia de la sintomatología no se ha especificado, su persistencia plantea una preocupación por el bienestar emocional del paciente.

Finalmente, es importante mencionar sobre los factores protectores y mantenedores de N.N., dentro de los protectores existe una buena red de apoyo por parte de la madre y su cuarto hermano, a pesar de existir pequeños conflictos y la motivación de seguir en el centro; entre los factores mantenedores, tiene una relación distante con su hermano con quien convive y acude al mismo centro.

## **1.2 Proceso de evaluación**

El proceso de evaluación es un proceso en el cual el profesional busca obtener datos relacionados con aspectos conductuales, emocionales, cognitivos y sociales del cliente o paciente, es decir implica recopilar y organizar la información sobre un individuo con el propósito de comprenderlo mejor y realizar predicciones sobre su futuro comportamiento. Se se emplean una variedad de técnicas, pruebas y herramientas de evaluación (Jorge, 2018).

El proceso de evaluación del paciente se realizó a través de 2 sesiones semanales, de 30 a 45 minutos cada una bajo la modalidad presencial en el Centro de discapacidad,

utilizando técnicas psicológicas como la entrevista, observación, evaluación y aplicación de reactivos psicológicos incluyendo Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de ansiedad de Hamilton (HARS), Inventario de Autoestima de Coopersimeth-version adultos (SEI), Inteligencia emocional (TMMS-24), Escala de Habilidades Sociales (EHS). Estas herramientas permitieron conocer acerca de la problemática y aspectos relevantes del paciente para el proceso de evaluación, así como realizar el tratamiento.

### **1.2.1 Entrevista con el paciente**

Perpiñá (2012) señala que la entrevista es una técnica de recopilación de información y evaluación, su capacidad y versatilidad permiten ajustarse a las necesidades tanto del entrevistado como al estilo personal entrevistador, facilitando una comunicación efectiva entre ambas partes. El propósito es obtener información relevante del individuo sobre diversos aspectos de su vida, como su comportamiento, emociones, pensamientos y antecedentes personales, familiares y sociales.

Por otro lado, Pardo y Calvo (2023) mencionan que la entrevista también puede darse a través de la interacción entre dos o más individuos, donde el entrevistador realiza preguntas al paciente, con el objetivo de obtener información necesaria para comprender la situación a evaluar. Además, esto permite que el paciente pueda expresar sus emociones y describir las situaciones relevantes relacionadas con los problemas que enfrenta. Es importante destacar que este proceso el entrevistador es quien guía las preguntas, registra los comportamientos tanto verbales como no verbales, así como frecuencia, secuencia de las intervenciones y determina los temas que serán abordados.

En la primera entrevista N.N., acude a consulta psicológica de forma voluntaria al Centro, acompañado de su madre, con el fin de recopilar los datos necesarios para llevar a cabo la actualización periódica de su historial clínico. Estos datos incluyen el motivo de consulta, psico anamnesis personal normal y patológica e historia de la enfermedad, así como abordar la problemática actual del paciente. Durante la sesión, el paciente mantuvo buena predisposición y una actitud colaboradora, con una vestimenta de acuerdo con su edad

cronológica. Asimismo, durante la sesión el paciente se muestra nervioso, manifestaciones de tristeza y dificultad para mantener el contacto visual.

En la segunda entrevista, se continuo con la entrevista con el paciente acompañado de su madre, de tal manera que la progenitora refiere que su hijo presenta cambios en el comportamiento y conducta durante las últimas semanas, algunos síntomas como como no prestar atención cuando le piden algo, pérdida de interés en las actividades que su hijo antes solía hacer, retroceso en las actividades psicopedagógicas que recibe dentro del centro y perdida de interés en las actividades que el usuario solía realizar. Así mismo el paciente comunicó no tener ánimos para realizar las actividades, refiriendo que “se siente tiste”, que “no puedo dormir en la noche” y no tener “ánimo para realizar las actividades”. Dentro de la sesión, se logró completar la información para la historia clínica, así como determinar la sintomatología y los reactivos psicólogos para aplicar al paciente.

En la tercera sesión, tras recabar la información esencial del paciente, se procedió a administrar los instrumentos para evaluar los síntomas previamente mencionados por el paciente y su madre en sesiones anteriores. Durante esta fase, se tuvo en cuenta la discapacidad intelectual del paciente, proporcionando tiempos de descanso para evitar el aburrimiento y cansancio. Cuando surgieron dificultades en la comprensión de las preguntas, se utilizaron ejemplos e imágenes para mejorar la comprensión del paciente.

### **1.2.2 Observación clínica**

Para López et al. (2019), la observación clínica es un método clínico dado que constituye el punto inicial para recabar información, tanto a través de la comunicación verbal como no verbal, es decir obtener datos relevantes sobre aspectos vitales que facilitan establecer un diagnóstico y la determinación del tratamiento.

Paciente acude a la sesión puntual, en la cual, a partir de la observación, se evidenció un buen cuidado y aspecto físico, actitud colaboradora, vestimenta con el uniforme del centro, sostenía un retraso en el lenguaje poco entendible, así mismo por momentos mantenía contacto visual con el entrevistador, se mostraba un poco distraído y nervioso, adoptaba una postura encorvada y realizaba pocos movimientos con sus piernas. Es importante mencionar

que la observación resulto eficaz para evaluar las funciones mentales del paciente, la cual permitió tener una perspectiva más clara acerca de la problemática que presentaba, **Tabla 1**.

**Tabla 1**

*Minimental Test de Funciones Mentales*

Conciencia	Lúcida
Orientación	Desorientación espacial y temporal
Atención	Atención dispersa, distraibilidad.
Memoria	Memoria anterógrada levemente afectada y retrograda comprometida moderadamente.
Pensamiento	No se evidencian alteraciones en cuanto curso, estructura y contenido normal
Sensopercepción	Sin alteraciones o alucinaciones sensoperceptivas a nivel auditivo, visual o de ningún tipo
Lenguaje	Voz de tono bajo y ritmo normal, con contenido aparentemente coherente, dificultades en su pronunciación
Afectividad	Ambivalencia, tristeza y humor depresivo
Voluntad	Abulia
Psicomotricidad	No se evidencian problemas en la psicomotricidad ya que, al realizar las diferentes actividades, las hace de forma adecuada
Introspección	Identificación de pensamientos y sentimientos adecuados
Hábitos	Dificultades para conciliar el sueño, alimentación sin alteración
Instintos	Dificultad para conciliar el sueño. Alimentación sin alteración, instinto de conservación adecuado
Inteligencia	Se valora a través de instrumento específico
Juicio y razonamiento	Capacidad autocrítica y hetero crítica levemente afectadas
Descripción de la apariencia	Se denota un adecuado aseo personal y una vestimenta acorde a su edad cronológica.

*Nota.* En la tabla se observan los resultados de las funciones mentales del paciente

### **1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados**

La evaluación del paciente se realizó mediante la aplicación de los reactivos, los cuales se consideraron debido a la discapacidad que presenta el paciente y el estado de ánimo, cabe recalcar que el primer y segundo instrumento fue tomado como referencia de la historia clínica del paciente, el cual no se volvió a aplicar debido a que tenía una aplicación fue reciente y los mismos que están descritos a continuación:

**Prueba de Madurez Mental de California Forma Abreviada – Serie Intermedia 1950 (Sullivan et al., 1951):**

Adaptaba al español por Alarcon en 1961 en Perú a partir de estudios en una población de 5,916 escolares entre la edad de 5 años de educación secundaria de la ciudad de Lima (Caycho, 2013). Es un instrumento de administración individual o colectiva, tiene como objetivo evaluar la madurez e inteligencia verbal y no verbal, está conformada por 7 subescalas y dividido por 4 dimensiones de las cuales son: relaciones espaciales, razonamiento lógico, razonamiento numérico, concepto verbales (cada una tiene tiempo de aplicación: sub-test 1, 3 minutos; sub-test 2, 8 minutos; sub-test 3, 5 minutos; sub-test 4, 8 minutos; sub-test 5, 6, 7, 10 minutos, lo cual lo hace un total de 54 minutos). La calificación de la prueba se realiza de acuerdo con la clave de las respuestas siguiendo las normas: Cada respuesta se califica como correcta (+) o incorrecta (-), y las preguntas sin respuesta se marcan como 0, se otorga 1 punto por cada respuesta correcta; el puntaje total de cada subtest se calcula sumando las respuestas correctas (+), mientras que las respuestas dudosas se consideran incorrectas (-) (Caycho, 2013).

**Minimental test (Folstein et al., 1975):**

Desarrollado con el objetivo de evaluar el deterioro de las funciones cognitivas, que consta de 11 preguntas, con una puntuación máxima de 30 puntos, conformada por dimensiones, el cual evalúa orientación temporal y espacial, memoria, atención y cálculo, memoria diferida, denominación, repetición, comprensión, lectura y escritura. Por otro lado, Dong et al. (2012) realizó un estudio en una muestra conformada por 300 participantes de las cuales 128 fueron diagnosticados sin deterioro cognitivo, 34 presentaron deterioro cognitivo, 7 tenían demencia y 41 fueron excluidos, con una fiabilidad de consistencia interna de 0,86.

**Inventario de autoestima de coopersimeth-version adultos (Coopersmith, 1959):**

Es una escala desarrollada por Stanley Coopersmith quien en 1959 a partir de estudios realizados en el área de la autoestima para niños de quinto y sexto grado que sirvió como base para la creación de la versión para adultos en 1967 con el objetivo de conocer el nivel de autoestima de los individuos. Este instrumento de evaluación hetero administrada o

colectiva está conformado por 25 ítems y dividido en tres áreas: si mismo general, social y familiar, donde el individuo debe contestar de forma afirmativa o negativa, la calificación se realiza dando un punto a los ítems redactados de manera positiva, los cuales el individuo responde de forma afirmativa con un “sí”, que son: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20. Así mismo si el individuo responde de forma negativa “no” en cualquiera de estos ítems, se le asigna un calificación de 0. Al final se suman estos puntajes, obteniendo una puntuación total, que se utiliza para clasificar al individuo en tres niveles: autoestima alta (19 a 24 puntos), nivel de autoestima media (13 a 18 puntos), autoestima baja (menos de 12 puntos) (Velis et al., 2019).

El inventario fue validada en varios países de América Latina como México, Brasil, Perú, Puerto Rico; En México, la validación y confiabilidad de este instrumento fue realizado por Lara et al. (1993) usando la versión para adultos del inventario (IAC) traducido al español tomando como base el mismo inventario en su versión para niños, la fue muestra seleccionada por 411 participantes, de los cuales 211 fueron mujeres y 200 hombres de la ciudad de México con una confiabilidad obtenida mediante el alfa de Cronbach de 0.81.

Así mismo en Chile basada en la traducción al español del autor Prewitt-Díaz, en una muestra de 1300 estudiantes, de los cuales fueron 731 hombres y 667 mujeres de primer y segundo año de Enseñanza Media, representativa de la Comuna de Concepción, en base a los resultados obtenidos establecieron normas de puntuación T por cada una de las escalas y con una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,81 y validez de 0,93. (Brinkmann et al., 1989).

#### **Escala de ansiedad Hamilton (Hamilton, 1959):**

Desarrollado, con el objetivo de evaluar la gravedad de los síntomas, este instrumento de evaluación es hetero aplicada que se aplica mediante una entrevista semiestructurada, compuesta por 14 ítems, cada síntoma se valora con 5 opciones de respuesta que van desde el 0 al 4 considerando tanto la intensidad como la frecuencia. La puntuación total es la suma de todos los ítems, con un rango de 0 a 56 puntos, de forma que una puntuación igual o menor a 17 indica ansiedad mínima, de 18 a 24 una ansiedad moderada, 25 a 30 indica una ansiedad moderada y por encima de 30 puntos una ansiedad severa. Además, se pueden

obtener dos puntuaciones adicionales que se dividen en dos: ansiedad psíquica (1, 2, 3, 4, 5, 6, y 14) y ansiedad somática (7, 8, 9, 10, 11, 16, 13). No existen puntos de corte para diferenciar a la población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad (Bonilla-Sepúlveda, 2021).

En cuanto a las propiedades psicométricas, el inventario fue validado en España y traducido al español por Lobo et al. (2002), realizó un estudio de cohorte observacional, prospectivo y multicéntrico con una muestra de 108 y 106 pacientes de AnD y AfD clínicamente estables o inestables, mostró dos principales grupos factoriales como la ansiedad psíquica y la ansiedad somática, con una confiabilidad interna alfa de Cronbach de 0.88, tomando en cuenta la distribución unifactorial. En Ecuador se realizó un estudio con una muestra no paramétrica en el cual se dividió en 2 muestras: la primera conformada de 200 estudiantes universitarios de los cuales fueron el 47% hombres y 53% mujeres entre una edad de 17 y 28 años de edad, la segunda muestra es de 450 estudiantes en un 49% hombres y un 51% mujeres entre edades de 17 y 33 años, posee una consistencia interna de alfa de Cronbach de 0,88. (Arias et al., 2022).

#### **Inventario de depresión de beck (Beck, 1961):**

Este instrumento denominado Beck Depression Inventory con el objetivo de evaluar la gravedad de los depresivos en adolescentes de 13 años en adelante, conformada por 21 ítems, en donde el individuo debe contestar y seleccionar una respuesta agrupados en 4 alternativas ordenadas de menor a mayor cada una, que describen los síntomas relacionados con el estado de ánimo (tristeza, pérdida de placer), cambios en los hábitos (sueño y alimentación) y manifestaciones somáticas (agitación y fatiga) entre otros. . Cada ítem se califica de 0 a 3 puntos, la puntuación total es la suma de todos los ítems, con un rango de 0 a 63 puntos, excepto los ítems 16 (cambios en el sueño) y 18 (cambios en el apetito), de forma que, para la interpretación de los resultados de 14 a 19 depresión moderada, 20 a 28 depresión moderada y 29 a 63 depresión grave (Maldonado-Avenida et al., 2021).

En cuanto a las propiedades psicométricas realizadas en varios estudios, fue validado en España por Sanz et al. (2003), cuyas propiedades psicométricas han sido

evaluadas en una muestra de 470 estudiantes universitarios (223 hombres y 247 mujeres) con una fiabilidad de consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.878. En Perú en una muestra conformada por 2005 estudiantes entre 16 y 36 años, los resultados mostraron una buena consistencia interna de alfa de Cronbach de 0,87 (Carranza, 2013). Asimismo, en Ecuador se realizó un estudio en una muestra conformada por 871 adolescentes entre 13 y 18 años con el objetivo de adaptar y validar el instrumento, evidenciando una validez y confiabilidad interna de alfa de Cronbach de 0,86 (Astudillo y Quezada, 2021).

### **Inteligencia emocional “TMMS-24” (Salovey y Mayer, 1995):**

Este instrumento fue desarrollado con el objetivo de evaluar la inteligencia emocional interpersonal percibida del individuo, conformada por 24 ítems, en donde el individuo debe contestar y seleccionar una respuesta agrupados en 5 alternativas ordenadas de menor a mayor cada una (1. totalmente en desacuerdo; 2. en desacuerdo; 3. ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4. de acuerdo; 5. totalmente de acuerdo), dividido en 3 dimensiones: Atención (ítems del 1 al 8). Comprensión (ítems 9 al 16) y regulación emocional (17 al 24). El puntaje se obtiene sumando las respuestas de cada factor, oscila en cada una de ellas entre 8 y 40 puntos (Pérez et al., 2020). Fue adaptada y traducida al español por Fernández-Berrocal et al. (2004), en una muestra de 292 estudiantes universitarios de psicología, se evidencio que en todas las subescalas tenían estimaciones de consistencia interna de alfa de Cronbach superiores a 0,85, y que las correlaciones test-retest después de 4 semanas oscilaban entre 0,60 y 0,83. Este instrumento fue validado en América Latina como Chile, Ecuador, Perú, Colombia, Argentina entre otros, además traducida a otros idiomas como portugués, francés, turco, italiano, chino etc. (González et al., 2020).

En México realizaron un estudio con una muestra de 3,270 entre 17 y 19 años, los resultados evidencian una consistencia interna de la escala total, medida a través del coeficiente Alfa de Cronbach, fue satisfactoria de 0.910 (Ocaña, 2019).

### **Escala de Habilidades Sociales (EHS) (Gismero, 2002):**

Desarrollado con el objetivo de evaluar la conducta asertiva y habilidades sociales en los individuos, conformada por 33 ítems, de los cuales 28 ítems están redactados para indicar

tanto deficiencias en habilidades sociales como comportamientos positivos. Estos ítems se agrupan en seis factores según su análisis factorial: la habilidad para expresarse en entornos sociales, la defensa de los derechos como consumidor, la expresión de enojo y desacuerdo, la capacidad de negarse y poner fin a interacciones, la habilidad para hacer peticiones y la iniciativa en interacciones positivas con personas del sexo opuesto. Cada ítem ofrece cuatro opciones de respuesta, desde "No me identifico en absoluto" hasta "Me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos". Un puntaje global más alto indica una mayor expresión de habilidades sociales y capacidad de asertividad en diferentes contextos. Las propiedades psicométricas del instrumento presentan una adecuada consistencia interna con un Alfa de Cronbach de 0.820 encontrándose en un nivel bueno (Quintana, 2014).

**Tabla 2**

*Resultados de los instrumentos aplicados*

<b>Instrumento</b>	<b>Resultado cuantitativo</b>	<b>Interpretación</b>
➤ Prueba de Madurez Mental de California Forma Abreviada – Serie Intermedia 1950 S	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Edad cronológica 29 años</li> <li>➤ Edad mental 105</li> <li>➤ Como resultado 8 años y siete meses</li> <li>➤ C.I. de 29.57</li> </ul>	➤ Retardo mental grave, muy deficiente intelectualmente
➤ Mini-Mnetal test	➤ 10 /30 puntos	➤ Deterioro cognitivo
➤ Inventario de autoestima de coopersimeth-version adultos	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si mismo general: 76,9</li> <li>➤ Social: 50.01</li> <li>➤ Familia: 100.02</li> </ul>	➤ Autoestima Baja
➤ Escala de ansiedad Hamilton	➤ 14 / 56 puntos	➤ Ansiedad leve
➤ Inventario de depresión de Beck	➤ 13 puntos	➤ Depresión leve
➤ Inteligencia emocional "TMMS-24"	➤ Atención emocional: 20	➤ Debe mejorar su atención
	➤ Claridad emocional: 20	➤ Debe mejorar su comprensión
	➤ Reparación emocional: 22	➤ Debe mejorar su regulación
➤ Escala de Habilidades Sociales (EHS)	➤ Auto expresión en sitios sociales = 22 p.	➤ Promedio

➤ Defensa propia de derechos como consumidor = 11 p	➤ Nivel bajo
➤ Expresión de enfado y disconformidad = 10 p	➤ Nivel bajo
➤ Decir no y cortar interacciones = 18 p	➤ Alto
➤ Hacer peticiones= 10 p	➤ Nivel bajo
➤ Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto = 19 p	➤ Alto

*Nota.* Resultados obtenidos de los instrumentos aplicados.

Dentro de los instrumentos aplicados durante la evaluación se puede determinar que en el test de Inventario de autoestima de coopersimeth-version adultos con una puntuación de 19, lo cual indica una autoestima baja, lo que puede influir en la forma en que el paciente se percibe a sí mismo y en sus interacciones sociales; en la Escala de ansiedad Hamilton con 14 puntos lo que nos da como una ansiedad leve; de igual forma en el Inventario de depresión de Beck con 13 puntos que corresponde a una depresión leve, en la Inteligencia emocional “TMMS-24” el cual se divide en 3 dimensiones y en base a los resultados el paciente presenta en atención emocional con un puntaje de 20, claridad emocional con un puntaje de 20 debe mejorar su comprensión y reparación emocional con un puntaje de 22, estos resultado reflejan dificultades en la comprensión y regulación de las emociones; en el Cuestionario de habilidades sociales (EHS)“ que evalúa seis dimensiones, indican un bajo desempeño en varias áreas, como la autoexpresión en situaciones sociales y la expresión de enfado y disconformidad, indica dificultades en la comunicación interpersonal y la defensa de los propios derechos y necesidades. Finalmente cabe recalcar que se utilizó la Prueba de Madurez Mental de California Forma Abreviada – Serie Intermedia 1950 – S, para determinar la edad mental del paciente y el coeficiente intelectual del paciente. Además, en cuanto al test el Mini mental test, obtuvo una puntuación de 10, lo cual indica retraso mental grave.

### **1.3 Proceso diagnóstico**

El proceso diagnóstico implica un proceso inferencial que se basa en un “cuadro clínico” con el propósito de identificar los signos y síntomas asociados que se relacionan con la enfermedad que afecta al individuo, así como también considerar el entorno social, psicológico y familiar. Cada fase de este proceso implica la formulación de hipótesis diagnósticas, junto con la confirmación del diagnóstico, para desarrollar un plan de tratamiento adecuado (Capurro y Rada, 2007). De igual forma Cano et al. (2020) define al proceso diagnóstico como un proceso amplio mediante el cual se identifican y evalúan las demandas relacionadas con el comportamiento, habilidades y características personales de un individuo en un contexto determinado.

Una vez finalizado el proceso de evaluación del paciente S.P. en este caso para el diagnóstico clínico se realizó en base a los criterios de la décima edición de la Clasificación del Código Internacional de Enfermedades (CIE-10) que proporcionaron las pautas para el diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento, la cual de esta manera se respalda la práctica clínica del psicólogo.

#### **1.3.1 Diagnóstico presuntivo**

Para Flores (2015) el diagnóstico presuntivo se establece después de las primeras sesiones y se fundamenta con la información proporcionada por el paciente, este proceso la cual es contrastado a través de la aplicación de instrumentos complementarios o la observación de la evolución del cuadro clínico. Además, esto permite elaborar un diagnóstico definitivo, sin embargo, en ocasiones, para la elaboración de un diagnóstico definitivo puede resultar difícil de alcanzar, lo que requiere una revisión constante de las hipótesis diagnósticas.

De esta forma, dentro del caso clínico al realizar la valoración y aplicación de instrumentos al paciente S.P., se ha podido establecer los posibles diagnósticos presuntivos:

- F84.0 Autismo infantil
- F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada

### 1.3.2 Diagnóstico diferencial

Para Álvarez et al. (2023) el diagnóstico diferencial consiste en realizar una comparación o contrastación de los distintos trastornos o condiciones psicológicas similares para identificar cual describe de manera más adecuada los síntomas y las dificultades que experimenta un individuo.

Se presentan a continuación los criterios utilizados para poder identificar el trastorno que el paciente puede estar experimentando, considerando la clasificación de los trastornos mentales del comportamiento (CIE-10), con el fin de confirmar o descartar los siguientes diagnósticos:

**Tabla 3**

*F84.0 Autismo infantil*

<b>Hipótesis diagnósticas</b>	<b>Criterios presentes</b>	<b>Criterios ausentes</b>
F84.0 Autismo infantil	<p>A. Presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los tres años de edad, que se presenta en una de las siguientes áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.</li> <li>2. Desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca.</li> </ol> <p>Juego simbólico y funcional.</p>	
	<p>B. Deben estar presentes al menos seis síntomas de 1, 2 Y 3, incluyendo al menos dos de 1, uno de 2 y otro de 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alteraciones cualitativas en la interacción social que se manifiestan al menos en dos de las siguientes áreas:</li> </ol>	<p>C. Deben estar presentes al menos seis síntomas de 1, 2 y 3, incluyendo al menos dos de 1, uno de 2 y otro de 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b) Fracaso en el desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de tener ocasiones para ello) de relaciones con personas de su edad que</li> </ol>

- 
- |   |   |
|---|---|
| <p>a) Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, la expresión facial, la postura corporal y los gestos para regular la interacción social.</p> | <p>impliquen compartir intereses, actividades y emociones.</p>  |
|   | <p>c) Ausencia de reciprocidad socioemocional, puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo.</p> |
|   | <p>d) Falta de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con otros individuos (p. ej., falta de interés en mostrar, traer hacia sí o señalar a otras personas objeto de interés para el niño).</p>  |
- 

- |   |  |
|---|--|
| <p>2. Alteraciones cualitativas de la comunicación que se manifiestan en al menos una de las siguientes áreas:</p> <p>a) Retraso o ausencia del desarrollo del lenguaje hablado, aunque no se acompaña de intentos de compensación mediante el recurso de la utilización de gestos alternativos para comunicarse.</p> | <p>2. Alteraciones cualitativas de la comunicación que se manifiestan en al menos una de las siguientes áreas:</p> <p>b) Fracaso para iniciar o mantener una conversación</p> <p>c) Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras frases</p> <p>d) Ausencia de juegos de simulación espontáneos (em edades tempranas) o de juego social imitativo</p> |
|---|--|
- 

3. Patrones de comportamientos, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, que se manifiestan

---

- 
- a) Preocupación limitada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones, el comportamiento no es anormal en sí, pero sí lo es la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce.
  - b) Existe, en apariencia, una adherencia a rutinas o rituales específicos y carentes de sentido.
  - c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos que pueden consistir en palmadas o retorcimientos de las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo.
  - d) Preocupaciones por partes de objetos o por elementos carentes de funcionalidad de los objetos de juego (tales como el olor, la textura de su superficie, el ruido o la vibración que producen).

---

A. El cuadro clínico no puede atribuirse a otras variedades del trastorno generalizado del desarrollo, a un trastorno generalizado del desarrollo, a un trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje (F80.2) con problemas socioemocionales secundarias, a trastorno reactivo de la vinculación de la infancia (F94.1), a trastorno

---

---

de la vinculación de la infancia tipo desinhibido (F94.1), a retraso mental (F70-72) acompañado de trastornos de las emociones y del comportamiento, a esquizofrenia (F20) de comienzo excepcionalmente precoz, ni a síntomas de Rett (F84.2).

---

*Nota.* Referencia tomada de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (OPS, 2008).

Si bien es cierto que el paciente presenta algunos síntomas característicos del autismo infantil como: Criterio A: Presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los tres años de edad presenta en una de las siguientes áreas; dificultades en la comunicación social, interacción social recíproca, juego simbólico y funcional, la madre del paciente refirió que desde temprana edad N.N. presentó un retraso en el desarrollo del lenguaje retrasado, dificultades en el juego simbólico y social, así mismo tenía problemas para interactuar con otros niños y no mostraba interés en juegos compartidos, dentro del criterio B en cuanto a las alteraciones cualitativas en la interacción social cumple, que se manifiesta en una área como dificultad en el uso del contacto visual y la postura corporal para regular la interacción social, durante las sesiones a través de la observación y entrevista, se evidenció que N.N. mostraba dificultad para mantener el contacto visual y tiene dificultades para mantener una interacción social fluida, lo que corresponde con este criterio. Además, su capacidad para establecer relaciones familiares, aunque es limitada y su participación en actividades en el Centro indican que sus dificultades no alcanzan el nivel de severidad requerido.

Sin embargo, se ha descartado el diagnóstico de autismo infantil porque no cumple con varios criterios esenciales. En el criterio B, no presenta al menos seis síntomas que incluyan fracaso en el desarrollo, falta de reciprocidad socioemocional y falta de interés en compartir alegrías, intereses o logros. Además, no muestra alteraciones cualitativas en la comunicación como fracaso para iniciar o mantener conversaciones, uso estereotipado del

lenguaje o ausencia de juegos de simulación espontáneos. Tampoco exhibe patrones de comportamiento restringidos, repetitivos. Finalmente, no se atribuye al cuadro clínico ninguna otra condición como trastornos del desarrollo generalizado, trastornos específicos del desarrollo del lenguaje con problemas socioemocionales secundarios, trastorno reactivo o desinhibido de la vinculación de la infancia, retraso mental con trastornos emocionales y del comportamiento, esquizofrenia de inicio temprano ni síntomas de Rett.

En el caso de N.N, aunque hay una alteración en la interacción social y el lenguaje, no se evidencian intereses altamente restrictivos ni comportamientos repetitivos que interfieran significativamente con su vida diaria. Además, su capacidad para responder a las instrucciones y participar en actividades grupales en el centro diurno sugiere un nivel de adaptación que no es compatible con el autismo infantil. Por lo tanto, aunque algunos síntomas están presentes, la ausencia de un número suficiente de criterios diagnósticos completos lleva a descartar el autismo infantil como diagnóstico final.

#### Tabla 4

##### *F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada*

Hipótesis diagnósticas	Criterios presentes	Criterios ausentes
F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada	A. Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.	
	B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas listados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4:  <b>Otros síntomas no específicos:</b> 20. Dificultad para concentrarse o de "mente en blanco", a	B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas listados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4:  <b>Síntomas automáticos:</b> 1. Palpitaciones o golpeo del corazón, o ritmo cardíaco acelerado. 2. sudoración 3. Temblor o sacudidas

- 
- causa de la preocupación o de la ansiedad.
22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

4. Sequedad de boca

**Síntomas relacionados con el pecho abdomen:**

5. Dificultad para respirar
6. sensación de ahogo
7. Dolor o malestar en el pecho
8. Náuseas o malestar abdominal

**Síntomas relacionados con el estado mental:**

9. de mareo, inestabilidad o desvanecimiento
10. sensación de que los objetos son irreales
11. Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia
12. Miedo a morir

**Síntomas generales:**

13. Sofocos de calor o escalofríos.
14. Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.
15. Tensión, dolores o molestias musculares.
16. Inquietud e incapacidad para relajarse.
17. Sentimiento de estar "al límite" o bajo presión, o de tensión mental.
18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

**Otros síntomas no específicos:**

19. Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.
-

---

**21. Irritabilidad persistente.**

---

*Nota.* Referencia tomada de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (OPS, 2008).

Según lo señalado en la Tabla 4 se ha tomado como diagnóstico presuntivo al Trastorno de ansiedad generalizada, el paciente cumple con el criterio A: Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria, La madre del paciente ha expresado preocupación debido a su falta de atención cuando se le pide algo, la pérdida de interés en actividades previamente disfrutadas y un retroceso en sus actividades psicopedagógicas en el centro al que asiste, del criterio B cumple con dos síntomas no específicos relacionados con la dificultad para concentrarse, en base a la observación se evidencio que el paciente presento dificultad para concentrarse en realizar las tereas, así mismo menciona tener dificultad para conciliar el sueño. No obstante, se descarta debido a que no cumple con la totalidad de los criterios principales necesarios para este diagnóstico y se considera insuficiente para un diagnóstico definitivo. Dentro del criterio B no cumple con los síntomas sintomáticos (palpitaciones, sudoración, temblor ), síntomas relacionados con el pecho abdomen (dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o malestar en el pecho, náuseas o malestar abdominal), síntomas relacionados con el estado mental ( mareo, sensación de que los objetos son irreales, miedo a perder el control o a morir), síntomas generales (calor o escalofríos, aturdimiento, tensión, inquietud, sentimiento de estar al límite, nudo en la garganta), otros síntomas no específicos (respuesta exagerada a pequeñas sorpresas) y con el criterio C (criterio de exclusión usado con más frecuencia, el trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico como hipotiroidismo, trastorno mental orgánico, o trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas). Sin embargo, se lo descarta debido a que la intensidad de la sintomatología no es frecuente ni prolongada.

### 1.3.3 Diagnóstico definitivo

Se trata del proceso mediante el cual se identifica la naturaleza de una enfermedad o trastorno utilizando los conocimientos previos, como los diagnósticos presuntivo y diferencial, con el objetivo de establecer datos recopilados en la investigación de un paciente bajo un mismo contexto. (Balarezo y Manchero, 2015).

Con base a la información obtenida a través de la entrevista clínica, los reactivos aplicados, la observación, distintas sesiones realizadas a S.P. y según la décima edición de la Clasificación del Código Internacional de Enfermedades (CIE-10), se ha podido determinar los siguientes diagnósticos definitivos:

- **F32.0 Episodio depresivo leve.**

**Tabla 5**

*F32.0 Episodio Depresivo Leve*

Diagnóstico	Criterios presentes	Criterios ausentes
F32.0 Episodio depresivo leve.	A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32). 1. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.	
	B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes: 1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día durante al menos dos semanas 2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades	B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes: 3. Disminución de la energía o aumento de fatigabilidad

---

que normalmente eran  
placenteras.

---

- |  |   |
|--|---|
| <p>C. Además, debe estar uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sean al menos de cuatro:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.</li> <li>6. Dificultad para conciliar el sueño</li> </ol> | <p>C. Además, debe estar uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sean al menos de cuatro:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.</li> <li>8. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.</li> <li>9. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.</li> <li>10. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).</li> <li>11. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.</li> </ol> |
|--|---|

---

*Nota.* Referencia tomada de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (OPS, 2008).

Según lo expuesto en la Tabla 5, se llegó a este diagnóstico debido a que el paciente presenta pérdida de interés por las actividades, así como periodos de tristeza por las mañanas sin motivo aparente y dificultades para conciliar el sueño, las cuales se deben

cumplir los criterios generales de un episodio depresivo (F32), que son pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras. Dentro del criterio B cumple dos de los tres síntomas siguientes: humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día durante al menos dos semana y pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras, así mismo dentro del criterio C debe presentarse al menos dos síntomas para que la suma total sea de cuatro y se evidencia que cumple los siguientes que son pérdida de confianza o disminución de la autoestima y dificultad para conciliar el sueño, todo esto se toma en cuenta debido a que se evidencia en las entrevistas, observación y mención del paciente que esto se viene dando aproximadamente más de una semana. Finalmente, en la puntuación del Inventario de depresión de Beck, obtuvo un puntaje de 13 equivalente a un nivel de depresión leve.

- **F72 Retraso Mental Grave**

El coeficiente intelectual (CI) aproximado para esta condición se encuentra en un rango de 20-34, lo cual indica un nivel de funcionamiento intelectual comparable al de niños con una edad de tres a seis años, considerando este criterio dentro del presente caso para establecer el diagnóstico del paciente en relación a su capacidad intelectual, se tomó como referencia el instrumento psicológico de la historia clínica del paciente, el cual arrojó un CI de 29.57, confirmando la ubicación dentro de este rango.

Además, esta condición suele venir acompañada de retrasos en el desarrollo significativos desde una edad temprana, incluidas el desarrollo psicomotor ausencia de llanto al nacer, convulsiones desde su primer año de vida y dificultades en el lenguaje, así como habilidades académicas, por lo cual ha requerido adaptaciones en el plan de estudios para facilitar su aprendizaje. Sin embargo, a pesar de su discapacidad y los resultados obtenidas, el paciente demuestra dificultad en la comunicación, ha logrado adquirir algunas habilidades sociales y escolares en el centro al que asiste.

Finalmente, el diagnóstico proporcionado en este caso se basa en la evaluación del coeficiente intelectual CI, los retrasos en el desarrollo psicomotor, las dificultades en el

lenguaje y académicas observadas, y además, se corrobora con el carnet de discapacidad intelectual con el que cuenta S.P.

- **Z63.2 Soporte familiar inadecuado**

A lo largo de su niñez el paciente ha experimentado circunstancias como un entorno familiar desestructurado y con problemas relacionados con el alcoholismo por parte del padre y un sistema de crianza inadecuado, falta de estimulación durante la infancia, así como también existen conflictos familiares y una relación distante con algunos miembros de la familia.

## Capítulo dos

### Metodología

#### 2.1 Tratamiento/Intervención

El proceso terapéutico llevado a cabo con S.P. bajo un enfoque integrativo. En este plan se incorporaron técnicas del modelo cognitivo conductual y socioemocional. Se realizaron un total de 12 sesiones, la duración de cada sesión fue de 30 a 45 minutos, las cuales fueron desarrolladas 2 sesiones por semana mediante la modalidad presencial.

El plan terapéutico fue elaborado con la información obtenida durante las tres primeras sesiones correspondientes a la entrevista hacía, administración de instrumentos, valoración de funciones mentales y de acuerdo con el diagnóstico establecido.

##### 2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

- Reducir la sintomatología depresiva del paciente a través de la aplicación de diferentes técnicas psicoterapéuticas.
- Promover el desarrollo de inteligencia emocional, mediante el refuerzo de habilidades de atención, claridad y reparación emocional.
- Reducir la sintomatología ansiosa del paciente con la intervención psicológica.
- Promover el desarrollo de autoconcepto y autoestima
- Desarrollar habilidades sociales que le permitan mejorar su desenvolvimiento en la vida diaria.

### 2.1.2 Plan de tratamiento/intervención

Tabla 6

*Plan psicoterapéutico*

Sesión	Objetivo terapéutico	Objetivos de la sesión	Técnica/Actividad	Observación/Tarea
1	➤ Reducir la sintomatología depresiva del paciente a través de la aplicación de diferentes técnicas psicoterapéuticas.	➤ Psicoeducar al paciente sobre la depresión y la sintomatología que la caracteriza, con la finalidad de lograr la conciencia de la enfermedad.	➤ Psicoeducación centrada en la depresión y su sintomatología. ➤ Video psicoeducativo "YO TENIA UN PERRO NEGRO".	
2	➤ Reducir la sintomatología depresiva del paciente a través de la aplicación de diferentes técnicas psicoterapéuticas. ➤ Reducir la sintomatología ansiosa del paciente con la intervención psicológica.	➤ Promover el bienestar y la regulación emocional mediante la enseñanza y práctica de la respiración diafragmática para gestionar y equilibrar las emociones.	➤ Técnica de Respiración diafragmática	➤ Respiración diafragmática
3	➤ Promover el desarrollo de inteligencia emocional, mediante el refuerzo de habilidades de	➤ Identificar y reconocer las distintas emociones básicas, así como las que prevalecen en su	➤ Psicoeducación emocional, centrada en las emociones básicas; Alegría Tristeza, Miedo, Ira a través de un	➤ Autorregistro emocional.

- atención, claridad y reparación emocional.
- estado de ánimo durante un espacio de tiempo específico (una semana).
- dado de emociones.
- Monstruo de colores.
- Autorregistro emocional.
- 4 ➤ Reducir la sintomatología depresiva del paciente a través de la aplicación de diferentes técnicas psicoterapéuticas .
- Promover el desarrollo de inteligencia emocional, mediante el refuerzo de habilidades de atención, claridad y reparación emocional.
- Promover el desarrollo de habilidades de regulación emocional para reducir la sintomatología depresiva y mejorar el bienestar emocional
- Identificar y regular las emociones que producen sintomatología depresiva con la finalidad de aliviar el malestar.
- Técnica del semáforo
- Técnica en situaciones de la vida diaria.
- 5 ➤ Promover el desarrollo de inteligencia emocional, mediante el refuerzo de habilidades de atención, claridad y reparación emocional.
- Promover el desarrollo de autoconcepto y autoestima.
- Conocer e identificar los pensamientos automáticos que generan las emociones.
- Desarrollar las habilidades para un manejo adecuado de pensamientos automáticos.
- Detención del pensamiento a través de pictogramas.
- Simulación de situaciones en las que se manifieste los pensamientos para practicar la técnica aprendida

- 6** ➤ Promover el desarrollo de autoconcepto y autoestima.
- Identificar las fortalezas y cualidades del paciente.
- Huella del amor propio (FODA).
- Actividad de frasco de cualidades y defectos.
- 7** ➤ Promover el desarrollo de autoconcepto y autoestima
- Establecer las fortalezas y cualidades del paciente
- Técnica espejo
- 8** ➤ Reducir la sintomatología ansiosa del paciente con la intervención psicológica.
- Adquirir la habilidad para el control de pensamientos automáticos que generen estados de estrés o ansiedad.
- Técnica Grounding
- 9** ➤ Desarrollar habilidades sociales que le permitan mejorar su desenvolvimiento en la vida diaria.
- Que el usuario exprese de forma asertiva sus distintas necesidades y emociones, mediante un manejo adecuado de habilidades sociales.
- Técnica del sándwich
- Aplicación de la técnica del sándwich en diferentes situaciones de la vida diaria.
- 10** ➤ Desarrollar habilidades sociales que le permitan mejorar su desenvolvimiento en la vida diaria.
- Desarrollar habilidades de comunicación asertiva promoviendo una expresión clara y consistente hacia los demás
- Comunicación asertiva a través de la actividad "Dragón-tortura y persona".
- Aplicación de la técnica en diferentes situaciones de la vida diaria.

- |    |   |  |   |  |
|----|---|--|---|--|
| 11 | ➤ Evaluar el avance de la intervención terapéutica mediante retest  | ➤ Evaluar el avance del proceso psicoterapéutico mediante la aplicación de instrumentos psicológico post intervención.           | ➤ Aplicación de instrumentos psicológicos post intervención |  |
| 12 | ➤ Evaluar el aprendizaje del paciente, de las herramientas terapéuticas brindadas al paciente para el incremento de habilidades personales para el afrontamiento de eventos de su cotidianidad. | ➤ Realizar una retroalimentación de lo aprendido durante el plan terapéutico, lo cual permita identificar los avances obtenidos. | ➤ Retroalimentación de lo aprendido durante las sesiones.   | ➤ Resumen de objetivos o conocimientos adquiridos. |

---

*Nota.* La presente tabla hace referencia a las técnicas empleadas en el proceso terapéutico.

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

#### - Sesión 1

En esta sesión, se llevó a cabo con el objetivo de psicoeducar al paciente sobre la depresión y la sintomatología que la caracteriza, con la finalidad de lograr la conciencia de la enfermedad. Para ello se utilizó la técnica de **psicoeducación**, dado que según Vélez-Miranda et al. (2022) define que la psicoeducación que es un enfoque terapéutico, preventivo y psicológico, que puede desarrollarse de manera individual, familiar y grupal. Su propósito es proporcionar información a los pacientes y sus familiares sobre lo que está experimentando para que sea capaz de manejar y sobrellevar de mejor manera la enfermedad y la posibilidad de desarrollar y proporcionar estrategias de afrontamiento ante diversas situaciones de forma más adaptativa. Así mismo no solo se centra en el diagnóstico, sino que también abordar situaciones cotidianas de la vida de las personas, siendo una herramienta para identificar y

afrontar problemas de forma proactiva, que aborda los componentes cognitivos, afectivos y sociales de las experiencias propias de cada persona con el fin de comprender y garantizar sus propias necesidades, autonomía mejorar la calidad de vida.

Para el inicio de la sesión, se realizó una introducción sobre lo que es la depresión, explicando sus causas y síntomas principales, se le brindo información de manera visual y comprensible a través de pictogramas haciendo referencia acerca de lo que es la depresión, por ejemplo, una nube negra para representar la depresión, una cara con expresión triste para la tristeza, dos platos, uno con mucha comida y otro con poca comida para el cambio de apetito, una persona solitaria para el aislamiento social, etc. Luego se le mostraron tarjetas grandes con imágenes de los síntomas mencionados y se le pidió al paciente que señale que imagen representa cada síntoma. Por ejemplo, se le mostró una tarjeta con una cara triste y se le preguntó si recordaba qué significaba ese síntoma. Finalmente, para una mayor comprensión y para reforzar lo aprendido se le mostró un video psicoeducativo "Yo tenía un perro negro".

Para concluir, se destaca que mediante la sesión a pesar de que surgieron distracciones, el paciente logro comprender y reconocer cuales eran los síntomas de la depresión y en qué momento se podrían presentar en la vida cotidiana como dificultad para concentrarse, dificultad para dormir, aislamiento social, el cual no lograba identificar.

## - Sesión 2

Dentro de esta sesión tuvo como objetivo promover el bienestar y la regulación emocional mediante la enseñanza y práctica de la **respiración diafragmática** para gestionar y equilibrar las emociones y liberación de tensión emocional a través de la respiración, lo cual la respiración diafragmática o también llamada respiración profunda consiste en aprovechar la capacidad máxima de los pulmones y llenarlos lentamente de aire hasta que el pecho y el abdomen se muevan, es decir este movimiento se produce porque la capa del diafragma que separa el pecho del abdomen empuja el abdomen de arriba hacia abajo. En pocas palabras, si los pulmones fueran globos, se inflarán lentamente de aire a su tamaño máximo (ubicada

dentro del pecho) con la respiración profunda, empujando el aire del globo hacia el abdomen haciendo que éste se mueva (Rivera y Alcázar-Olán, 2019).

Durante el inicio de la sesión, se empezó explicando la técnica a través de un globo para representar la respiración diafragmática, en el cual se muestra un globo desinflado y se explica que, así como el globo puede inflarse y desinflarse, nuestros pulmones también pueden expandirse y contraerse, es decir imagina que tu estómago es como un globo cuando inhalamos dejando entrar el aire, el globo se infla y nuestro estomago se expande, como si estuviéramos inflando ese globo. Luego, cuando exhalamos, dejamos salir el aire lentamente, y el globo (el abdomen) se desinfla. Después se invita al paciente a sentarse y ubicarse en una posición cómoda con una postura recta, pidiéndole que coloque la mano sobre el abdomen, justo debajo de las costillas, esto le ayudara a sentir el movimiento mientras respira. A continuación, se explica que deberá inhalar lentamente por la nariz durante 3-5 segundos, imaginando que está inflando un globo dentro de su abdomen, sintiendo como este se expande y como su mano se levanta, reteniendo la respiración, luego exhalando lentamente por la boca asociándolo a la salida del aire del globo, sintiendo cómo la mano baja, al mismo tiempo que se da a si mismo las indicaciones. Se estable un tiempo para cada paso y se realiza una serie de repeticiones. Finalmente, se le pidió que lo vuelva a hacer solo. Finalmente, se envía como tarea a practicar regularmente la respiración diafragmática. En cuanto a logros alcanzados el paciente pudo recordar los pasos de la respiración a pesar de que surgieron distracciones durante la sesión y realizarla por sí solo.

### - Sesión 3

Para la tercera sesión, se enfocó en trabajar psicoeducación de las emociones, mediante la cual se utilizó la **técnica de psicoeducación**, con el objetivo de que el paciente pueda identificar y reconocer las emociones básicas, así como las que prevalecen en su estado de ánimo.

Por otra parte, se empleó la **actividad monstruo de colores**, un recurso didáctico que se enfoca principalmente en trabajar el conocimiento y la autorregulación emocional permitiendo una comprensión más clara sobre las emociones, permitiendo que la persona

pueda identificar y expresar la emoción que experimenta, clasificándolas con el color de manera grafica tales como tales: alegría, enojo, miedo, asco, y tristeza. Según Cutuli (2020) esta herramienta facilita la comprensión adecuada de cada emoción, permitiendo así saber cómo responder apropiadamente en cada situación.

Finalmente, se explicó el **diario de emociones** es una herramienta opcional y personal donde se registran las emociones experimentadas en diversas situaciones de la vida cotidiana. Además de ser un ejercicio práctico, el diario de emociones fomenta la creatividad, ayuda a gestionar las emociones negativas y a reconocer las positivas (Vivas et al., 2007). Así mismo Catpo (2022) menciona que el diario de emociones consiste en registrar las emociones que haya experimentado durante la semana como la alegría, tristeza, enojo, entre otros.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente la sesión se desarrolló de la siguiente manera: al inicio de la sesión la actividad se desarrolló mediante el dado de las emociones cuya función es que el usuario identifique y comprenda las emociones básicas que puede llegar a sentir o tener en su diario vivir. El dado representa la: alegría, ira, miedo, asco y tristeza. A lo largo de esta actividad, se trabajó para que el paciente comprenda cómo estas emociones se manifiestan en su vida cotidiana, como influyen en el estado de ánimo y cómo puede aprender a manejarlas de manera saludable.

La sesión inicio con una breve introducción sobre la técnica a través del dado de las emociones, explicando que esta actividad se utilizara para explorar y comprender las emociones. A continuación, se le presentó el dado de las emociones, resaltando que en cada una de las caras del dado está representada por una emoción, en las cuales tenemos las emociones básicas que son alegría, tristeza, ira, miedo, se le explicara la definición y función cada una de ellas acerca para una mejor comprensión. Posteriormente, se le indico al paciente que cuando se lanzará el dado, según la emoción que salga, se le explicará que significa la emoción y para qué sirve. Este proceso se repitió con cada una de las emociones representadas en el dado, cada vez que el paciente lanzaba el dado y la emoción que aparecía, se le proporcionaba una explicación de lo qué significa esa emoción. Por ejemplo,

si cae en "alegría", nos enfocaremos en esa emoción y qué se explicará que significa la alegría, repitiendo este proceso con cada una de las emociones representadas en el dado.

Después con el fin de reforzar lo enseñado se llevó a cabo la actividad "Monstruo de colores", donde se le proporcionaron colores de pinturas y que cada color representa la emoción, por ejemplo, el color amarillo (alegría), azul (tristeza), rojo (enojo), verde (desagrado), negro (miedo). Finalmente se procedió a explicar el Diario de emocional para identificar, registrar sus emociones, indicando que tendrá que poner una carita en la mañana, tarde y noche según la emoción que siente en ese momento para facilitar así la comprensión y reconocimiento de las diferentes emociones. Una vez explicado, se envió a la paciente de tarea registrar sus emociones hasta la siguiente sesión.

En resumen, el logro de la sesión fue que el paciente comprendió y logró identificar cada una de sus emociones, aunque presentó dificultades para reconocer y pintar las emociones tales como el miedo y desagrado a través de la actividad del Monstruo de Colores pudo identificarlas. Con respecto a la tarea, se envió al paciente a registrar las emociones que experimentó durante la semana.

#### - Sesión 4

La cuarta sesión tuvo el objetivo de promover el desarrollo de habilidades de regulación emocional para reducir la sintomatología depresiva y mejorar el bienestar emocional. Además, identificar y regular las emociones que producen sintomatología depresiva con la finalidad de aliviar el malestar, a través de la **técnica del semáforo** que es una técnica de autorregulación emocional, que también se considera una estrategia de aprendizaje que se centra en el manejo de las emociones negativas que suelen desencadenar acciones y comportamientos impulsivos en el individuo, así mismo especifica que los colores están relacionados con los colores en los semáforos de tránsito.

En relación con lo expuesto, para empezar la sesión se realizaron las siguientes preguntas al paciente: ¿Conoces los semáforos?, ¿Para qué sirven los semáforos?, ¿Qué hacen las personas cuando el semáforo está en rojo, cruzan la calle o no?, ¿Qué hacen los autos cuando el semáforo está en rojo? y ¿En el color verde? Posteriormente, se explicó el

desarrollo de la técnica presentando un rompecabezas dividido en tres partes por colores, pidiéndole al paciente que asocie los colores a los de un semáforo. Mientras desarrolla la actividad se explica que representa cada color, de, el cual de acuerdo con Fernández (2010), los colores se representan de la siguiente manera:

- **Color rojo:** se asocia con la acción de detenerse para no perder el control, es decir cuando el individuo en situaciones experimenta una emoción que no puede controlar (enojo), hay que detenerse, tal como lo haría un automóvil al encontrarse con la luz roja del semáforo. Por ejemplo, cuando notas que una persona se encuentra muy enojada porque algo no le salió bien, ya sea porque otra persona la está molestando o esta enfadado porque tuvo un mal día. Por ello, es necesario comprender que cuando el semáforo está en rojo las personas no deben cruzar la calle, porque puede haber un accidente, entonces cuando una persona se encuentra enojada debería hacer lo mismo, detenerse, tomarse un tiempo de reflexión y respirar para continuar.
- **Amarillo:** Después de detenerse, es el momento de pensar, y ser consciente del problema. Este color significa "pensar, precaución o tener cuidado", similar a cómo los automóviles reducen la velocidad al ver el semáforo amarillo. Es crucial reconocer las emociones que se están experimentando en ese momento, por ejemplo, cuando estás haciendo una tarea y uno de tus compañeros toma tus pinturas sin pedírtelas, en ese momento sientes que podrías enojarte, el color amarillo sería el recordatorio que tienes que pensar y tener cuidado.
- **Verde:** se asocia con la forma de implementar y dar una mejor solución a los problemas que puedes seguir adelante.

Realizada la explicación se pidió al paciente repetir y recordar las siguientes palabras: parar, pensar, actuar y seguir adelante, con el objetivo de obtener una mejor comprensión de la actividad. Además, se dio una breve reflexión en relación con la utilización de la técnica en situaciones en las que no se puede gestionar y controlar de forma correcta las emociones. Como actividad adicional como cierre de la sesión, se le proporciono al paciente un semáforo

impreso y pinturas para que asocie cada color con el semáforo. Además, se presentaron videos adicionales relacionados con la técnica aprendida, los cuales ofrecieron ejemplos prácticos y situacionales sobre cómo aplicar la técnica del semáforo en diferentes contextos de la vida diaria. Se envió de tarea que practique en casa lo aprendido. Esta sesión resulto favorable, dado que el paciente logro recordar los colores y las palabras que se le mencionaban y como debía actuar en cada color.

#### - **Sesión 5**

En la quinta sesión se llevó a cabo la técnica **Detención del Pensamiento** con el objetivo de conocer e identificar los pensamientos automáticos que generan las emociones y desarrollar las habilidades para un manejo adecuado de la misma, debido a que es una técnica de autocontrol emocional, la cual consiste en interrumpir pensamientos automáticos y disfuncionales que generan malestar emocional y afectan la calidad de vida de la persona. Se clasifica en los siguientes pasos:

1. Identificación de los pensamientos negativos.
2. Concentración en el pensamiento negativo.
3. Después por un corto periodo de tiempo, interrumpirlo o detener los pensamientos desagradables mediante un estímulo, ya sea una palabra (stop, basta, fuera, vale ya) o acción (grito).
4. Mantener la mente en blanco, posterior a ello reemplazar por pensamientos o ideas positivas que resulten tranquilizadoras para la persona como, por ejemplo: yo puedo, soy capaz, entre otros (Fagoaga et al., 2018).

En base a lo explicado, la aplicación de la técnica detención del pensamiento se adaptó a través de pictogramas al paciente para facilitar una mayor comprensión. De acuerdo con esto, la sesión se desarrolló de la siguiente manera: se inició revisando la tarea sobre el diario de emociones. Posteriormente se brindó una breve introducción en lo que consiste la técnica a través de pictogramas y se invitó al paciente a establecer una palabra o acción (alto, stop, palmada, etc.) para cuando puedan surgir pensamientos automáticos o negativos. Ante ello, se le presento una imagen (persona llena de pensamientos) y se le pidió que identificara

los pensamientos que más lo representan, mediante esto, se le dio la indicación de que deberá durante un periodo de 20 segundos generar estos pensamientos no deseados. Una vez terminado el tiempo establecido, se utilizó la palabra o pictograma elegido por el paciente “alto y una palmada”.

Finalmente, se le explicó que debía reemplazar estos pensamientos hacia unos pensamientos más positivos y se envió como tarea practicar en casa simulación de situaciones en las que se manifiestan pensamientos automáticos, como entrenamiento de la técnica aprendida. En resumen, el logro alcanzado en esta sesión es que el paciente logro recordar la palabra alto, aunque tuvo dificultades para identificar los pensamientos automáticos que le generan sus emociones en su diario vivir, lo cual se ira reforzando en sesiones posteriores.

#### - **Sesión 6**

Esta sexta sesión se centró en identificar las fortalezas y cualidades del paciente, a través de la técnica **FODA**, la cual permite realizar una evaluación e identificar los factores internos como las fortalezas, debilidades, así también los factores externos como las amenazas y oportunidades, mismas que dependen del entorno, así como también las habilidades y capacidades específicas del individuo, empresa u organización (Funes, 2018).

La sesión inició explicando al paciente que se va a realizar un ejercicio para descubrir las cosas buenas que hay en él y que lo hacen especial, a través de la técnica FODA (adaptada a través de la actividad Huella del amor propio). Por lo cual para la sesión se graficó una serie de huellas y en cada una de ella se representó las cualidades positivas, en esta actividad, se dibujaron una serie de huellas, en donde cada una de la huella se plasmaron las cualidades positivas del paciente, destacando sus intereses, logros y momentos felices que ha experimentado el usuario. Para identificar esto se realizaron las siguientes preguntas: ¿Qué te gusta? ¿Qué te hace feliz? ¿Has sido felicitado por alguna actividad que hayas hecho? ¿Recuerdas algún momento en donde te hayas sentido feliz?

A continuación, se le proporcionó una hoja de papel con un camino de huellas dibujado y pinturas, en la cual cada color que pinte representa una cualidad, durante esta actividad, la

paciente identifico y compartió sus cualidades positivas, las cuales fueron reforzadas de manera positiva. Finalmente, se le entregó al paciente un frasco decorado con palabras o imágenes que representen cualidades positivas, como "amor", "fuerza", "valentía", entre otras, se le explicó que este frasco contiene todas las cosas buenas que posee y que puede recurrir a él siempre que necesite.

En resumen, el paciente logró identificar y reconocer los aspectos positivos que posee, ayudándolo a sentirse alegre por haberlo logrado, de tal modo, que ayudó a aumentar su autoestima.

#### - **Sesión 7**

Esta sesión fue diseñada con el objetivo de establecer las fortalezas y cualidades del paciente, mediante la **Técnica Espejo**, considerada una herramienta que es utilizada para mejorar el autoconcepto y autoestima, la cual consiste mirarse frente al espejo para ayudar a identificar y valorar los aspectos positivos del individuo que reflejan en el espejo, lo que conlleva a desarrollar una apreciación más completa de uno mismo. Al realizar este ejercicio frente al espejo, se formulan las siguientes interrogantes: ¿Qué ves en el espejo, ¿Cómo es la persona que te mira desde el espejo? ¿Lo conoces? ¿Qué cosas buenas tiene esa persona? ¿Qué cosas malas tiene quien te mira desde el espejo? ¿Qué es lo que más te gusta de esa persona? ¿Cambiarías algo de la persona del espejo? (Salazar, 2018). Por otro lado, Martínez y Morocho (2022) mencionan que la actividad implica pararse frente al espejo, observándose completamente así mismo durante 3 a 5 minutos y expresar en voz alta cualidades positivas que posee.

Por otro parte, se utilizó las **afirmaciones positivas**, según Farinango (2022), considera que son una herramienta que permite trabajar para mejorar el estado emocional del individuo y ayuda a cambiar los pensamientos negativos por unos más funcionales a través de la autogestión. El proceso implica en repetir afirmaciones positivas en voz alta durante 5 minutos todos los días.

Para esa sesión, se inició con la explicación sobre la técnica espejo y las afirmaciones positivas. Para el desarrollo de la sesión se dio la siguiente indicación: *Deberás mirarte frente*

a este espejo, realizaras la siguiente respiración y te expresarás a ti mismo palabras positivas como “soy valiente, tengo habilidades increíbles”. La actividad se repitió consecuentemente durante la sesión con el paciente para imitar los movimientos y las afirmaciones positivas, después se le pide al paciente que haga la actividad por sí solo. En conclusión, se logró en la sesión por parte del paciente el reconocimiento de la importancia y el valor que tiene como persona, aunque al principio se le dificultó identificar sus aspectos positivos y expresar afirmaciones positivas sobre sí mismo frente al espejo.

#### - **Sesión 8**

Esta sesión se llevó a cabo con el objetivo de adquirir habilidades para el control de pensamientos automáticos que generan estados de estrés o ansiedad, para esto se utilizó la **técnica Grounding**, estrategia utilizada para ayudar a la persona a volver a centrar la atención en el presente a través de la utilización de los sentidos, en el aquí y el ahora luego de experimentar situaciones inesperadas y así reducir los niveles de estrés y ansiedad. De acuerdo con Ramos (2024), las instrucciones a seguir en la aplicación de la técnica son las siguientes:

- **Paso 1:** La persona debe describir 5 objetos que pueda encontrar en su entorno. Debe describir detalles como color, forma, textura o cualquier característica que llame la atención. Este paso ayuda a enfocar la atención en el entorno y a alejar los pensamientos o preocupaciones que pueden distraer del momento presente.
- **Paso 2:** La persona debe tocar 4 cosas que pueda encontrar en su entorno y que estén a tu alcance. Este paso fomenta una conexión más profunda con el entorno ya que permite concentrarse en el momento presente.
- **Paso 3:** La persona debe mencionar 3 sonidos que pueda escuchar, prestando atención a los sonidos a su alrededor que pueden ser altos o lejanos como el sonido de los animales, del viento, etc. Esto contribuye a relajar la mente y a reducir las emociones negativas causadas por la sobrecarga emocional.
- **Paso 4:** La persona debe mencionar 2 cosas que puedas oler en su entorno, en esta etapa debe reconocer los distintos olores que puedas percibir a su alrededor,

como el olor de un perfume, una taza de café o el olor a comida. Este paso permite aumentar el nivel de conciencia en el momento presente.

- **Paso 5:** La persona debe mencionar 1 cosa que pueda saborear por ejemplo un chocolate o el sabor de su comida favorita, prestando atención a las sensaciones que el sabor provoca en la lengua y el paladar. Este último paso culmina la activación total de todos los sentidos, asegurando la conexión plena con el presente.

En base a lo explicado la sesión inicio de la siguiente manera: se empezó con una explicación sobre la técnica Grounding, el propósito en esta sesión y los pasos a seguir para la realización de la técnica se trabajó en conjunto, posteriormente de forma individual. A continuación, se le presento una imagen, para que el paciente pudiera comprender cada uno de los sentidos del cuerpo humano. Para la práctica se le dio la siguiente indicación:

- *5 cosas que pueda ver, primero observar a tu alrededor y nombrar 5 objetos por ejemplo una silla, mesa lápiz, etc.*
- *4 cosas que puede tocar, poder ser desde su propia sopa o el objeto que tenga a su lado.*
- *3 sonidos que pueda oír, prestar atención a los sonidos de su alrededor, por ejemplo, el sonido del caballo, el ladrido de un perro, escuchar hablar a las personas, etc.*
- *2 que puedas oler, poder ser el olor de tu perfume o cualquier otro olor que notes*
- *1 que puedas saborear, puede ser un chocolate, un caramelo, fruta, pero si no se tiene nada de eso a la mano, también puede concentrarse en el sabor de su comida favorita.*

Finalmente, se le pidió al paciente que lo vuelva hacer solo y que lo practique en casa. En resumen, la sesión fue favorable debido a que el paciente logro centrar su atención en el presente y realizarla a la técnica por sí mismo, fue capaz de identificar y nombrar 5 objetos en su entorno, reconocer y tocar 4 cosas, prestar atención y mencionar 3 sonidos que podía escuchar a su alrededor, identificar 2 olores y concentrarse en saborear su comida favorita.

- **Sesión 9**

La presente sesión se planificó con el objetivo de que el usuario exprese de forma asertiva sus distintas necesidades y emociones, mediante un manejo adecuado de habilidades sociales. Para ello, se empleó la **técnica del Sándwich** (Aprender a decir que no), que se caracteriza por decir comentarios positivos entre elogios antes y después de decir que no o rechazar una solicitud, con el propósito de mantener una comunicación amable y respetuosa (Ordaz y Bennett, 2019). Según Agurto (2019), menciona que el propósito principal es promover un cambio de comportamiento en el individuo mediante una respuesta, expresión o elogio positivo, de manera que cause menos incomodidad a la otra persona. Se clasifica en los siguientes pasos:

- **Formulación de un elogio sincero:** Procurar que el elogio o respuesta positiva sea clara, concisa y sincera.
- **Petición de cambio de conducta:** consta de 3 partes (pero-cuando-me gustaría), por ejemplo: pero, cuando interrumpes a tus compañeros mientras están exponiendo en clases, me gustaría que recuerdes alzar la mano para poder hablar.
- **Expresión de sentimiento positivo:** La petición de cambio de comportamiento finaliza expresando gratitud hacia la otra persona (Agurto, 2019).

Por lo tanto, la sesión se realizó de la siguiente manera: la sesión se inició con una introducción en que consiste la técnica del sándwich, que se enfoca en aprender a decir "no" de manera positiva y que el exprese lo que siente, piense y necesite, es decir, rechaza una petición diciendo algo agradable al principio y al final. "Imagina como cuando quieres hablar de algo importante, podemos hacerlo como si fuera un sándwich. Ese le explica cada paso de la técnica a través de un sándwich de juguete y que consta de tres partes:

- **Capa inicial del pan:** (decir algo positivo), es la primera capa del sándwich, que significa que queremos decir algo bueno sobre la situación o la persona a la que me voy a dirigir, por ejemplo, cuando tú estás haciendo tu tarea y tu amigo te pide que lo acompañes a comprar, podrías decir, "me gustaría acompañarte, y aprecio que me hayas tomado en cuenta"

- **Capa central:** En el medio, está el relleno del sándwich que sería el no, por ejemplo “en este momento no puedo acompañarte porque tengo que terminar mi tarea”
- **Capa final:** terminamos con otro pedazo de pan, que es otro aspecto positivo que podrías decir expresando un mensaje positivo, con palabras de ánimo y confianza, en el cual le puede decir “pero estaré encantado de acompañarte el fin de semana”

Después de explicación, se le planteo una serie de situaciones de la vida cotidiana donde puede decir que no. Finalmente se envió como tarea que practique en casa y que identifique dos situaciones en las que pueda aplicar lo aprendido. Para concluir el logro del paciente aprendió a identificar e expresar con ejemplos a decir que no de manera positiva.

#### - **Sesión 10**

La presente sesión se planifico con el objetivo de desarrollar habilidades de comunicación asertiva promoviendo una expresión clara y consistente hacia los demás. Este proceso se llevó a cabo mediante la **comunicación asertiva**, que según Barrera-Andrade y Espinosa-Cevallos (2023), nos da a conocer que la comunicación asertiva es la capacidad de expresar y transmitir mensajes de manera respetuosa, con el propósito de mejorar las relaciones interpersonales. Además, permite al individuo comportarse adecuadamente ante diversas situaciones de la vida, considerando la capacidad de expresar opiniones personales, criterios, ideas, sentimientos, pensamientos y necesidades con honestidad, teniendo en cuenta los derechos de los demás.

De igual forma, Ríos (2018) explica en que consiste la **actividad Dragón-tortura y persona**, un juego educativo que enseña al individuo tres estilos de comunicación, agresivo, pasivo y asertivo, los pasos los clasifica de la siguiente manera:

- **Dragon (estilo agresivo):** se expresa de manera agresiva con un tono de voz alto, imponiendo sus sentimientos, pensamientos e ideas lastimando a las personas de su entorno.

- **Tortuga (estilo pasivo):** utiliza su caparazón para ocultarse, se caracteriza por ser tranquila, tímida, además de sentir vergüenza al expresar sus sentimientos tiende a complacer a los demás para evitar problemas.
- **Persona (estilo asertivo):** es importante comunicarse utilizando las palabras de forma adecuada en cada situación, respetando nuestras propias opiniones y derechos expresando lo que nos molesta sin lastimar a los demás.

Dentro de esta sesión se explicó en que consiste la comunicación asertiva y la importancia de la misma, así mismo se llevó a cabo a través de la actividad dragón, que puede ser demasiado enojado; tortuga, que se retira de situaciones que le generan incomodidad; persona, que expresa lo que siente, con el objetivo de comunicar de forma asertiva y expresar sus pensamientos y emociones. Posterior a esto se empezó indicándole imágenes representando al dragón, tortuga y persona, junto con la explicación de lo que significaba cada personaje:

Dragón (estilo agresivo) es alguien que puede muy enojón, el tono y la forma de hablar es muy grosera, que no considera las opiniones ni los sentimientos de los demás es decir si no le gusta algo, podría adoptar la postura del dragón y puede responder que es muy aburrido, no me gusta o contestar muy enojado sin tomar en cuenta a los demás; Tortuga: es todo lo opuesto al dragón, es alguien que no expresa sus necesidades, lo que piensa y evita decir lo que siente, se esconde en su propio caparazón y siempre acepta las opiniones de los demás sin tomar en cuenta su opinión, si alguien le pregunta que le gustaría hacer, tomaría la postura de la tortuga y simplemente dirá que no se, en lugar de expresar lo que le gusta; Persona: es la que se comunica de forma asertiva, expresando sus pensamientos, sentimientos, lo que piensa de manera adecuada, respetando y escuchando las ideas o opiniones de los demás, es decir si quiere cambiar la actividad que estaba haciendo puede adoptar la postura de la persona diciendo me gustaría hacer otra actividad, que opinan.

Finalmente, para una mejor comprensión se le proporcionaron imágenes de los personajes y se presentó un ejemplo en el cual el usuario tenía que seleccionar como actuaría o reaccionaría en dicha situación, ya sea adoptando la postura del dragón, tortuga o persona.

En conclusión, el logro en esta sesión es que el paciente comprendido lo que es la comunicación gracias a la actividad y como dar conocer lo que siente de manera respetuosa.

#### - **Sesión 11**

La sesión 11 tuvo como finalidad de evaluar el avance del proceso psicoterapéutico mediante la aplicación de instrumentos psicológico post intervención, a través de la evaluación psicológica, que es fundamental para comprender el estado de salud mental de una persona y constituye un componente esencial en el ámbito de la psicología. Se considera una disciplina de la psicología científica que se enfoca en examinar y analizar el comportamiento de la persona en diferentes niveles de complejidad. Abarca la detección, descripción, diagnóstico, selección, orientación, predicción, explicación, intervención, cambio, valoración, investigación), además implica la toma de decisiones, en la cual se utilizan y aplican una variedad de dispositivos, pruebas y técnicas de medición y evaluación (Aragón, 2004).

Por otro lado, según Fernández-Ballesteros (2013), la **evaluación psicológica** comprende un proceso de resolución de problemas y toma de decisiones que comienza cuando el cliente o paciente solicita ayuda de un profesional de la salud mental, dando inicio una serie de fases, que incluyen la recogida de información, formulación de hipótesis, aplicación de los test y otras técnicas de evaluación, entre otros aspectos.

Una vez explicado esto, a continuación, se le explico al paciente que se aplicaran nuevamente los reactivos, con el objetivo de evaluar el avance del proceso psicoterapéutico mediante la aplicación de instrumentos psicológico post intervención. Finalmente, como logro alcanzado el paciente estuvo atento a cada una de las preguntas de los reactivos aplicados.

#### - **Sesión 12**

Esta sesión, estuvo enfocada en finalizar el proceso terapéutico, con el objetivo de realizar una retroalimentación de lo aprendido durante el plan terapéutico, lo cual permita identificar los avances obtenidos.

La **retroalimentación** también conocida como feedback es una herramienta que consiste en proporcionar información de los procesos biológicos que normalmente no es

accesible para el individuo a través de técnicas de aprendizaje específicas, es decir esta información permite al individuo conocer y comprender cómo funciona el sistema biológico (Carrobles, 2016).

En esta última sesión, se explicó lo que se va a trabajar, en el cual se realizó biofeedback o retroalimentación de las técnicas aprendidas durante todo el proceso terapéutico. Se le realizaron preguntas como si recordaba los síntomas de la depresión, las emociones y los colores que se le asignaron a cada emoción, si se acordaba de los pasos de la respiración diafragmática, la técnica del semáforo y las palabras con cada color (rojo amarillo, verde), técnica espejo y sobre la comunicación asertiva mediante la actividad dragón, tortuga, persona. Inicialmente, el usuario tuvo dificultad para recordar cada una de las técnicas aprendidas, así mismo se le explicaron ejemplos relacionado con lo enseñado, se presentaron imágenes para una mayor comprensión, lo que ayudo al usuario a recordar lo aprendido. Seguidamente se le pidió que realice la respiración diafragmática, después se le planteo un ejemplo acerca de la comunicación asertiva, en el cual debía indicar como actuar en esa situación. También se le presentaron ejemplos de la técnica del sándwich y la importancia de decir no de manera amable. En resumen, el paciente logro recordar poco a poco las técnicas enseñadas con los ejemplos empleados.

## Capítulo tres

### Resultados

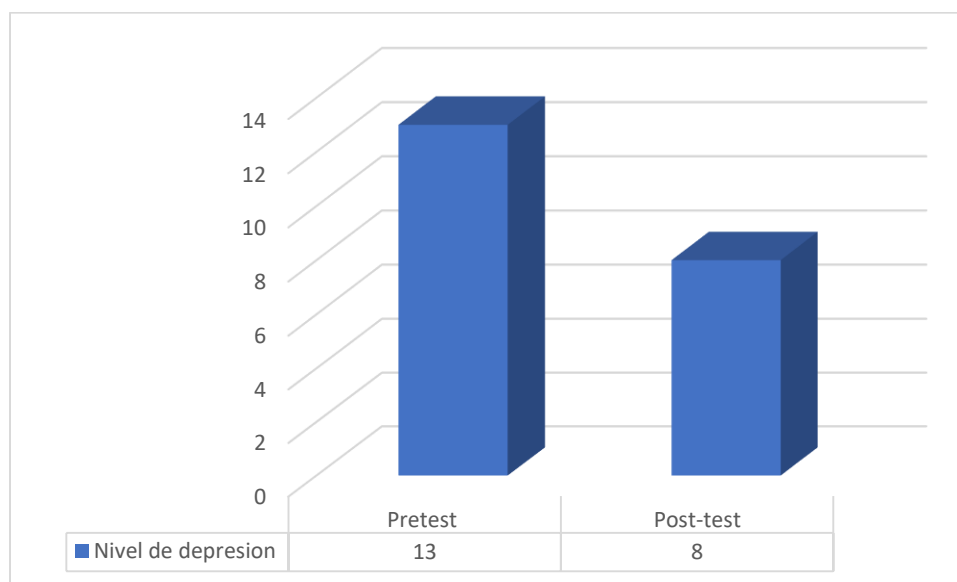
#### 3.1. Análisis de resultados cuantitativos

Dentro del presente estudio de caso se realizó un análisis de los avances logrados en el caso clínico, tras las 12 sesiones de intervención psicoterapéutica, referente a la sintomatología del episodio depresivo leve, retraso mental grave de paciente, permitiendo identificar y comparar a través de dos métodos que corresponden cuantitativo y cualitativo: para el análisis cuantitativo se compararon los resultados obtenidos de la evaluación pre y post-test de la aplicación de los reactivos psicológicos, así como también, para el análisis cualitativo. Se describe a continuación:

Para el análisis cuantitativo, se aplicaron 9 reactivos psicológicos de los cuales fueron tomados 5 de para realizar la evaluación postratamiento

#### Figura 2

*Resultados del Inventario de Depresión de Beck*

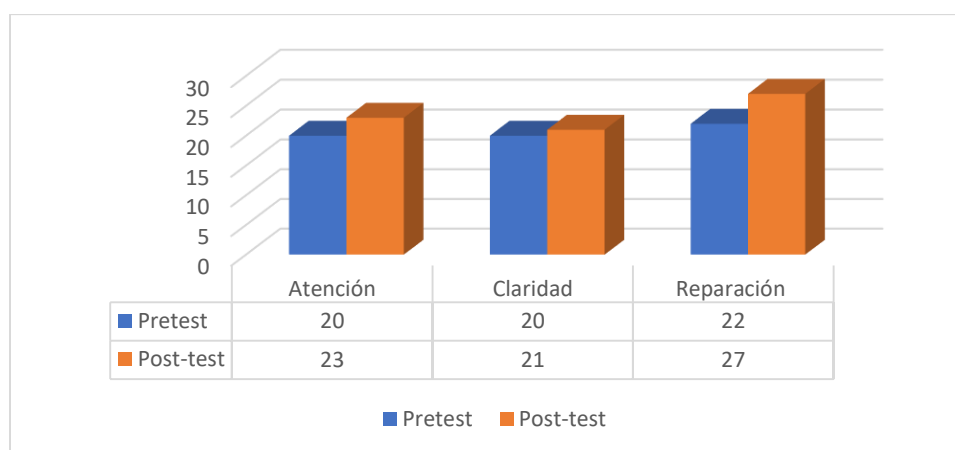


*Nota.* Diagrama de barras de los resultados pre y post postratamiento del Inventario de Depresión de Beck.

En primer lugar, se llevó a cabo la evaluación utilizando el Inventario de Depresión de Beck. En el pretest, previo al tratamiento de intervención el paciente, obtuvo una calificación de 13 puntos, lo cual indica la presencia de depresión leve. Debido a su puntuación anterior, se consideró importante para abordar la sintomatología depresiva con el fin de prevenir posibles consecuencias. Luego de llevar a cabo el proceso de intervención, obtuvo una calificación de 8 puntos, en el mismo instrumento, lo cual que indica una disminución significativa de la sintomatología depresiva.

### Figura 3

Resultados de Inteligencia Emocional "TMMS-24"

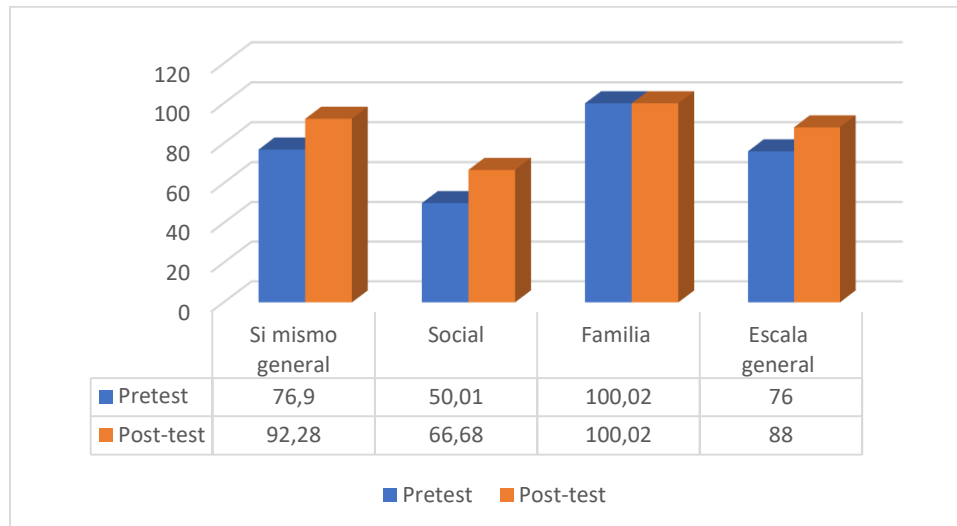


*Nota.* Diagrama de barras de los resultados pre y post y postratamiento de Inteligencia Emocional "TMMS-24".

En base a los resultados, tras la aplicación del test de Inteligencia Emocional "TMMS-24", en el pre y post tratamiento, se evidencia una considerable mejoría referente a las 3 subescalas. en el cual el paciente obtuvo una calificación de: atención de 20 a 23, puntos, que indica una mejoría adecuada en esta área; la claridad de reparación emocional también presento una mejoría, pasando de 20 a 21 puntos, lo cual indica una leve mejoría en su capacidad de comprensión. Sin embargo, en la dimensión de reparación emocional mejoro notablemente pasando de 22 a 27 puntos.

**Figura 4**

*Resultados del Inventario de Autoestima-Coopersmith*



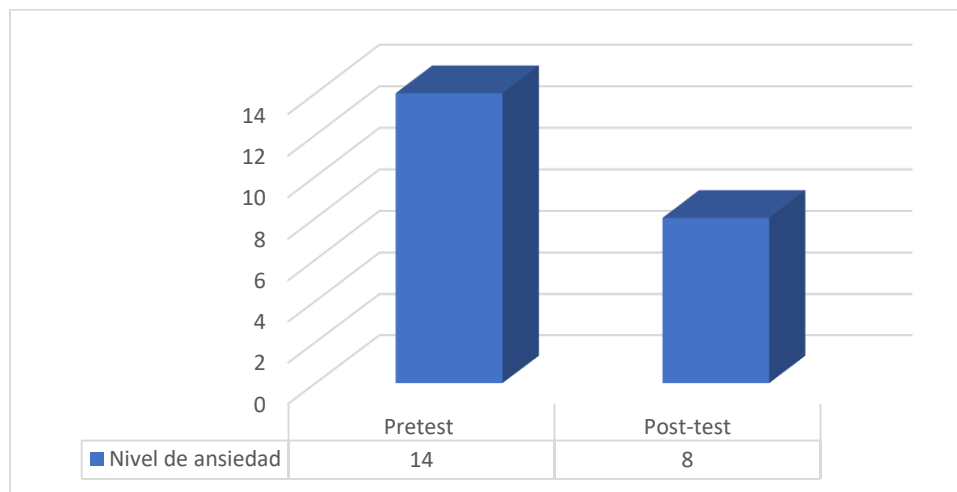
*Nota.* Diagrama de barra del Inventario de Autoestima-Coopersmith versión adultos.

En la Figura 4, en cuanto a la aplicación del Inventario de Autoestima de Coopersmith, previo a la intervención el paciente obtuvo una puntuación total de 76, lo que sugiere una baja autoestima. Y tras la intervención obtiene un puntaje total de 88, lo cual indica una mejora en su autoestima, denotando un aumento en esta área.

En referencia a las subescalas, se evidenció en el paciente una importante mejora en las diferentes facetas de la autoestima: si mismo general de 76,9 a 92.28 puntos; social de 50.01 a 66.68 puntos y familia de 100.02 a 100.02 puntos.

**Figura 5**

*Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton*

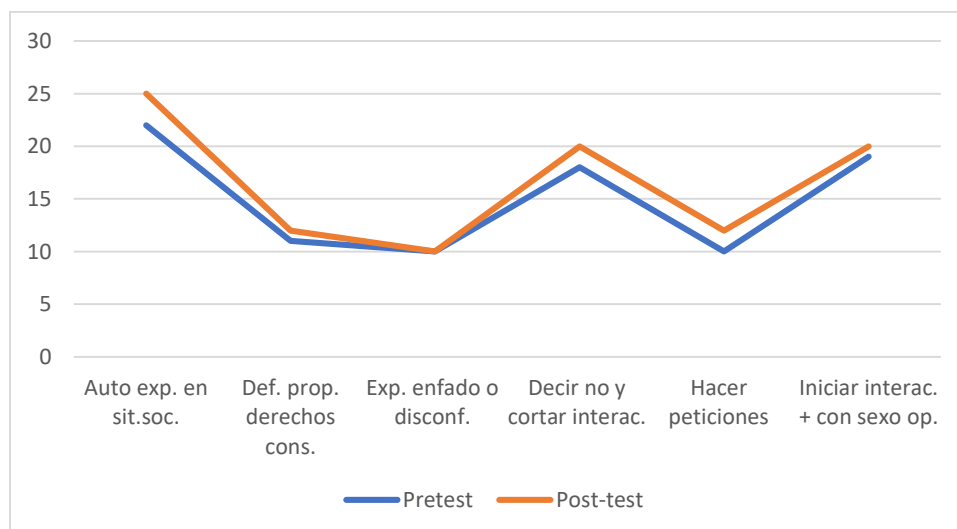


*Nota.* Diagrama de barra de los resultados pre y postratamiento de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

En base con los resultados obtenidos en la figura 4, luego de la aplicación de la escala de Ansiedad de Hamilton, el paciente en la primera aplicación obtuvo un puntaje de 14, lo cual indica una ansiedad leve. En cambio, posterior a la aplicación del plan de intervención obtiene una puntuación de 8, lo que indica ausencia de ansiedad. Por ello, como resultado se determina que la sintomatología del paciente disminuyó considerablemente, presentando una mejoría favorable.

**Figura 6**

*Resultados de la Escala de Habilidades Sociales (EHS)*



*Nota.* Resultados pre y postratamiento de la Escala de Habilidades Sociales (EHS). Elaboración propia.

Según lo observado en la figura 6, se puede evidenciar que el paciente ha mostrado una mejora significativa en varias dimensiones de sus habilidades sociales tras la intervención terapéutica. En el pre-test, la dimensión de autoexpresión en situaciones sociales presentó un incremento notable de 3 puntos después del proceso terapéutico. Además, las dimensiones de decir no y cortar interacciones, con un aumento de 2 puntos, en cuanto en la dimensión de hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto también mostraron mejoras, con un aumento de 1 punto, en comparación con el pre-test. Estas mejoras reflejan un avance positivo en la capacidad del paciente para manejarse en diferentes contextos sociales, indicando una evolución favorable en su desarrollo de habilidades sociales.

### 3.1. Análisis de resultados cualitativos

Los resultados presentados en la tabla 7, evidencian que, a lo largo del proceso de intervención, se ha observado en el paciente cambios positivos. Inicialmente presentaba ciertas conductas como dificultad para mantener el contacto visual y nerviosismo al realizar las diferentes actividades, así mismo reconocer emociones pero se ha evidencia que a lo largo del proceso de intervención ha mejorado disminuyendo su nerviosismo, tiene una sensación de calma, su estado de ánimo se ha elevado notablemente reduciendo así su sintomatología depresiva, reconoce y maneja de forma adecuada sus emociones, presentando así una actitud más optimista y participativa en las actividades. Estos cambios indican un progreso en el bienestar emocional del paciente y su capacidad para enfrentar los desafíos de manera más positiva.

**Tabla 7**

*Resultados cualitativos en el paciente*

Conductas y aspectos de afectación inicial	Evolución		Observación
	Se mantuvo, es decir hubo cambio	Cambio parcial o se extinguió o se modificó	

Dificultad para mantener contacto visual	X	Al inicio el paciente presentaba dificultad para mantener el contacto visual, pero a medida que avanzaba el proceso terapéutico, se ha notado una mejoría. Ahora logro mantener el contacto visual por mas tiempo.
Inquietud o Nerviosismo	X	En las primeras sesiones, el paciente se observaba nervioso, adoptaba una postura encorvada y realizaba pocos movimientos con sus piernas, sin embargo, conforme avanza el proceso terapéutico, se evidenció una mejoría, en la cual denotaba tranquilidad permitiendo que el paciente se sienta más cómodo en cada sesión.
Estado de ánimo deprimido	X	En un inicio se observó en el paciente un estado deprimido en centro, sin embargo, conforme avanzaron las sesiones, se evidencio una mejoría puesto que se mostró con un buen estado de ánimo y mayor participación en realizar las actividades en el centro.
Dificultad para identificar las emociones	X	En un inicio se evidencio que el paciente presentaba dificultad para reconocer las

---

emociones, por otro lado, durante el proceso terapéutico logro reconocer las emociones, se mostraba alegre por lograrlo, mejorando así su estado de ánimo.

---

*Nota.* Resultados cualitativos obtenidos durante la observación clínica de la sintomatología.

## Discusión

El presente caso clínico se planteó disminuir la sintomatología depresiva mediante la aplicación de las técnicas psicoterapéuticas, desarrollar la inteligencia emocional, mediante el refuerzo de habilidades de atención, claridad y reparación emocional, reducir la sintomatología ansiosa mediante la intervención psicológica, asimismo promover el desarrollo del autoconcepto, autoestima y desarrollar habilidades sociales que le permitan mejorar su desenvolvimiento en la vida diaria del paciente.

Como resultado de la aplicación de las técnicas terapéuticas mencionadas, se observó una notable disminución en la sintomatología depresiva del paciente. Específicamente, la técnica de respiración diafragmática contribuyó significativamente a este resultado.

Además, se evidenció un mayor entendimiento y reconocimiento de las emociones por parte del paciente, se puede mencionar que hay una mejora en su autoestima, así como la reducción de la sintomatología ansiosa, gracias a la aplicación de la técnica de grounding, que se enfoca en el presente, ayudando al paciente a conectarse con el momento actual. Esta práctica facilitó que el paciente aprendiera a gestionar la ansiedad y a mantenerse presente en situaciones cotidianas. Finalmente, se observó un progreso significativo en las habilidades sociales del paciente. Este logró expresar sus límites de manera saludable y aprendió a decir "no" cuando era necesario, lo que contribuyó a establecer relaciones interpersonales más saludables y a mejorar su bienestar general.

Por otro lado, Aguilera (2020) menciona que la discapacidad intelectual son un conjunto de limitaciones significativas tanto en la capacidad intelectual (incluyendo el razonamiento, aprendizaje y la solución de problemas), como la conducta adaptativa (aspectos conceptuales, sociales y prácticos), afectando las habilidades sociales, la interacción dinámica, salud y la participación que se presentan antes de los 18 años. Además, la persona puede experimentar cambios en función del apoyo que reciba.

En este caso, se expone el uso del modelo integrativo a través del uso de la Terapia Cognitivo Conductual y socioemocional en un paciente con diagnóstico de "retraso mental grave", "episodio depresivo leve" y "soporte familiar inadecuado". Además, se pretende

demostrar la eficacia de este modelo terapéutico aplicado en relación con la sintomatología del paciente, la misma que corresponde a cambios en el comportamiento y la conducta, dificultad para dormir, pérdida de interés en las actividades que antes solía hacer, retroceso en el aprendizaje, ánimo deprimido, inquietud o nerviosismo.

Los estudios realizados por Pérez y Parra (2019) y Lorenzo-Díaz et al. (2021) se ha observado que tanto el retraso mental grave como el episodio depresivo leve se asocian con dificultades en el aprendizaje, dificultad para llevar a cabo la ejecución de actividades y problemas en la interacción social. En el caso han identificado síntomas como tristeza, pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba, dificultad para dormir, retroceso en las actividades que coinciden con la sintomatología que el paciente presenta.

Por lo tanto, se puede establecer que la discapacidad intelectual se trata de una condición de funcionamiento cognitivo considerablemente inferior al promedio para la edad del paciente, que aparece a lo largo del desarrollo y se evidencia por el deterioro de sus capacidades adaptativas, afectando la autonomía personal y la responsabilidad en diferentes áreas de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social, rendimiento académico y laboral. Por otro lado, Macciotta-Felices et al. (2020) menciona que el episodio depresivo leve puede causar deficiencias en la funcionalidad del individuo y, en consecuencia, una disminución en su calidad de vida.

El proceso de evaluación se trabajó mediante entrevistas, observación y instrumentos psicológicos los cuales fueron aplicados en pre y post tratamiento para evaluar la sintomatología inicial del paciente, puesto que sus resultados permitieron obtener una mejor comprensión más clara de la problemática actual del paciente para poder realizar el respectivo proceso psicoterapéutico correspondiente.

El estudio realizado por Valencia (2019) utilizó el Inventario de depresión de Beck aplicado en un adolescente de 19 años con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, demostró que este instrumento es útil para obtener información relevante sobre la sintomatología depresiva presentes en el caso. Además, las instrucciones son sencillas y pueden ser explicadas o adaptadas según las necesidades individuales del paciente. De la

misma manera, en una investigación realizada por Bautista y Goicoechea (2018) utilizaron el inventario de depresión en 18 adolescentes, confirmando su utilidad en la evaluación de la severidad de la depresión en pacientes con discapacidad intelectual.

También se incluyó el test mini mental, que de acuerdo a Llamuca et al. (2020) el test se considera como herramienta para el diagnóstico del deterioro cognitivo, es por ello que fue tomado en cuenta para evaluar las funciones mentales del paciente. Dado que la prueba se aplicó en una población adulta de la tercera edad, dado que es fácil aplicación, lo que hizo especialmente útil para evaluar a personas con discapacidad intelectual debido a su diseño breve que facilita la comprensión ya que sus instrucciones son claras y adaptables, permitiendo una aplicación efectiva según las necesidades del paciente, facilitando así su aplicación y permitiendo una evaluación, comprensión de cada uno de los ítems.

Con respecto a la escala de Inteligencia Emocional "TMMS-24, Godoy y Sánchez (2021) mencionan en su estudio que, es una herramienta útil ya que proporciona el conocimiento de como cada individuo percibe, comprende y manejan sus estados emocionales, con preguntas diseñadas para abordar diferentes aspectos de la inteligencia emocional, como la percepción, la claridad emocional y la regulación, además, las instrucciones para completar el cuestionario son claras y sencillas, lo que permite al administrador explicar y adaptar las instrucciones según las necesidades individuales del paciente, asegurándose de que comprendan lo que se les está pidiendo, la misma que fue de gran utilidad puesto que las personas con discapacidad presentan dificultades para comprender y expresar sus emociones.

En la Escala de Ansiedad de Hamilton, Portillo et al. (2020) mencionan en su estudio que, es una herramienta para evaluar los síntomas de ansiedad en los individuos que consiste en una serie de preguntas que exploran diferentes aspectos de la ansiedad. Teniendo en cuenta que el test fue aplicado a una mujer de 22 años, este instrumento fue de gran utilidad ya que su aplicación permitió adaptarla según a las necesidades del paciente con discapacidad intelectual, para asegurar una comprensión óptima por parte del paciente

En cuanto a la aplicación del Inventario de Autoestima-Coopersmith, se llevó a cabo por Guzmán y Valle (2024) mencionan que, es una herramienta útil para evaluar la percepción que tiene el individuo sobre sí mismo, este instrumento diseñado con preguntas clara y comprensibles, permite adaptarlo a las necesidades del individuo. Además, el proceso de aplicación puede ajustarse según las capacidades del paciente, explicaciones adicionales, utilizando ejemplos o apoyo visual si es necesario para facilitar la comprensión. Este instrumento fue de gran utilidad ya que permitió adaptar para que el paciente comprendiera mejor.

Finalmente, se utilizó la Escala de Habilidades Sociales (EHS). De acuerdo con Torres et al. (2020) en su estudio sobre las habilidades sociales y rendimiento académico en adolescentes de secundaria, demostraron que es un instrumento válido y confiable. Se destaca que las habilidades sociales engloban los comportamientos que permitan a la persona interactuar de manera apropiada con otros individuos como amigos, familia, entre otros. Estas habilidades facilitan la expresión efectiva de los sentimientos, pensamientos y deseos de la persona, ya que es una herramienta diseñada para evaluar la capacidad de la persona para interactuar de manera afectiva con el entorno social y permite adaptar según las necesidades del paciente. Por tanto, se tomó en cuenta para la aplicación en personas con discapacidad intelectual, ya que su capacidad para relacionarse puede verse afectada por diversos factores, como el entorno en el que se desenvuelven, habilidades de comunicación.

Luego del análisis de los resultados obtenidos, en relación con lo expuesto previamente sobre el uso de los instrumentos mencionados, podemos afirmar que su aplicación de instrumentos en el proceso de evaluación-diagnostico, ha demostrado ser eficaz. Estos estudios respaldan la eficacia de utilizar estos instrumentos, ya que cada uno de ellos proporciona información específica que permite obtener resultados significativos y mejor comprensión del caso. Destacando que estos instrumentos pueden ser fácilmente utilizados y ajustados según las necesidades de los pacientes, lo que facilita la obtención de resultados relevantes y esenciales para su posterior tratamiento.

Por otra parte, el proceso de tratamiento psicológico se ha llevado a cabo durante 12 sesiones, a través de un modelo integrativo entre la Terapia Cognitivo Conductual y socioemocional, la cual incluyó diversas técnicas y actividades adaptadas a la necesidad del paciente. Entre ella se encuentra la psicoeducación, respiración diafragmática, técnica del semáforo, parada del pensamiento, técnica del espejo, técnica grounding, habilidades sociales mediante comunicación asertiva.

De igual forma, según Casanovas (2020) menciona que trabajar bajo el enfoque integrativo resulta muy eficaz, pues dentro de su intervención brinda al paciente una mayor diversidad de herramientas psicoterapéuticas para abordar y resolver sus problemas, también proporciona al terapeuta una amplia variedad de enfoques terapéuticos para respaldar al paciente desde una perspectiva integrativa. Además, beneficia tanto al terapeuta como al paciente al disponer de una amplia variedad de técnicas que pueden aplicarse con flexibilidad, permitiendo adaptarse a diversas situaciones o necesidades específicas.

El uso de la Terapia Cognitivo-Conductual ha demostrado su efectividad en síntomas depresivos. Por un lado, la Terapia Cognitivo Conductual se define como una intervención terapéutica utilizada para tratar diversos trastornos mentales, especialmente la depresión. Este modelo aborda respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, así mismo es reconocida como una de las terapias más efectivas y ampliamente aplicadas a nivel mundial. Además, este modelo de intervención tiene un gran impacto positivo en personas con discapacidad intelectual, en la cual los resultados de su investigación sugieren que esta terapia es efectiva para manejar conductas agresivas y la ira, comunes en individuos con discapacidad intelectual. De esta manera, el modelo contribuye a mejorar el comportamiento, modificar pensamientos negativos y gestionar las emociones de manera adecuada (Ferreira, 2021; Hernández-Brussolo et al., 2017; Calderón y Caballo, 2018).

En cuanto a lo socioemocional Álvarez (2020) menciona que es un enfoque que busca promover el reconocimiento de las emociones tanto propias como ajenas, así como la habilidad de gestionarlas de manera asertiva mediante una adecuada autorregulación.

También, se emplearon recursos didácticos para facilitar la comprensión del paciente. Esta adaptabilidad de las técnicas terapéuticas permitió que el paciente con discapacidad intelectual comprendiera mejor, facilitando así la reducción de la sintomatología. Al adaptar las estrategias según las necesidades específicas del paciente, se mejoró su capacidad para procesar y aplicar las intervenciones (Colorado y Mendoza, 2021; Roque et al., 2022).

En el estudio de Hernández-Brussolo et al. (2017) y Alonzo (2022) mencionan que trabajar la psicoeducación y la técnica de respiración diafragmática tuvo un resultado eficaz para disminuir la sintomatología del paciente con trastorno depresivo. Así mismo Alonso (2022) en su intervención con el paciente con discapacidad, aplicaron la psicoeducación, al igual como se eso en el caso del paciente del presente estudio de caso, demostrando la efectividad de las técnicas, la misma que permitieron resaltar temas importantes de una manera más creativa y lúdica.

Por ende, Ruiz (2015) ha observado que las personas con discapacidad intelectual pueden enfrentar dificultades para comunicar y expresar claramente sus emociones, ya que los sentimientos que pueden surgir con diferentes niveles de intensidad, y pueden experimentar una amplia variedad de emociones. En su estudio con niños con síndrome de Down, encontró que la técnica del semáforo resultó ser efectiva tanto en los procedimientos de modificación de conducta como en la intervención para personas con discapacidad intelectual. Esta técnica se destacó por ser una estrategia práctica, fácil de comprender y recordar. Considerando los resultados positivos, se optó por aplicar esta técnica adaptándola a las necesidades específicas del paciente en este caso clínico, con el objetivo de promover el desarrollo de habilidades de regulación emocional para reducir la sintomatología depresiva y mejorar el bienestar emocional. Como resultado, se ha observado un progreso notable en su aprendizaje, desempeño en esta área, lo que demuestra la eficacia de la técnica implementada. Al utilizar la técnica del semáforo, se ofrece a las personas con discapacidad una herramienta tangible y visual para expresar y reconocer sus emociones de manera más efectiva.

No obstante, se evidenció la necesidad de que la familia tenga una mayor conocimiento y comprensión para lograr resultados más amplios y significativos. Por ello, se considera crucial que los padres y otros miembros del entorno familiar reciban información y formación adecuada sobre las necesidades y habilidades sociales de las personas con discapacidad intelectual, con el fin de promover un ambiente de apoyo y facilitar su integración social.

De igual forma Bravo et al. (2022) indican que, las habilidades sociales son un conjunto de capacidades esenciales para establecer relaciones apropiadas con otros individuos, en el caso de las personas con discapacidad intelectual, por la cual en la investigación concluyeron que los niños con discapacidades intelectuales de nivel moderado enfrentan desafíos en la comunicación, particularmente en el ámbito de la escritura, atribuidos a la escasez de actividades recreativas. Es importante desarrollar estas habilidades, dado que su adaptación al entorno y su condición pueden afectar su capacidad para interactuar de manera efectiva. En este caso, se aplicó la comunicación asertiva a través de la actividad dragón, tortuga y persona como estrategia para que el paciente pueda expresarse o comunicarse de forma más adecuada con respecto a sus emociones, necesidades y sentimientos a los demás.

En conclusión, se puede afirmar que la calidad de vida del paciente ha experimentado una mejora notable, logrando un estado de bienestar personal, evidenciado por una reducción en la sintomatología depresiva como una mejora en su estado de ánimo a comparación en las primeras sesiones. Estos cambios positivos pueden atribuirse al enfoque integral utilizado a través de las técnicas psicoterapéuticas empleadas de manera didáctica, centradas en la regulación emocional, el fortalecimiento de la autoestima y el desarrollo de habilidades sociales, haciendo que el paciente presenta una mayor comprensión. La aplicación de la técnica de respiración diafragmática pudo reducir el malestar fisiológico asociado. Además, presenta mayor entusiasmo a la hora de realizar las actividades en el centro, así mismo refirió haber mejorado en su calidad de sueño, muestra menos nerviosismo y mayor capacidad para

mantener el contacto visual por más tiempo. Esto refleja un resultado positivo de las intervenciones realizadas.

En cuanto a las limitaciones en el presenta caso, recalca la dificultad para poder realizar algunas técnicas y la adaptabilidad de las mismas, debido a las interrupciones donde se desarrollaron la sesión. La comunicación puede ser un desafío, ya sea debido a problemas de lenguaje o a dificultades para expresar emociones de manera verbal. La falta de apoyo familiar o el entorno inadecuado en el hogar pueden influir negativamente en la efectividad de las intervenciones terapéuticas, Además, se evidenciaron desafíos y dificultades inherentes al trabajo con pacientes que enfrentan una condición que requiere un nivel elevado de constancia, esfuerzo, paciencia y dedicación para obtener resultados efectivos.

Para futuras investigaciones, se recomienda explorar detalladamente las limitaciones específicas que podrían surgir al trabajar con esta población, así como proponer estrategias adicionales para abordar estas dificultades con el objetivo de mejorar significativamente la eficacia de las intervenciones terapéuticas. Asimismo, es importante fomentar la colaboración entre profesionales de diferentes disciplinas, como psicología, educación especial, trabajo social, para obtener una comprensión más completa de las necesidades de las personas con discapacidad intelectual y desarrollar intervenciones más efectivas. Es importante diseñar y probar intervenciones terapéuticas específicamente adaptadas a las necesidades y capacidades de las personas con discapacidad intelectual, considerando su nivel cognitivo, habilidades de comunicación y contexto social.

El trabajo presentado es de gran relevancia debido a que la discapacidad intelectual es un tema crucial e importante en nuestra sociedad. Es esencial se informen sobre las diversas problemáticas que esta condición implica, a nivel personal, social y familiar, ya que esto fomenta una mejor comprensión, reduce el estigma y la discriminación, promoviendo una sociedad más inclusiva. Con mayor conocimiento las personas pueden brindar apoyo de manera efectivo aquellos que tienen discapacidad intelectual, mejorando su calidad de vida y facilitando su integración social. Además, la información adecuada permite a las familias, a los profesionales brindar el cuidado a través de las intervenciones necesarias para potenciar

el desarrollo proporcionando el bienestar de las personas. Esto permite un mayor enfoque en los procesos psicoterapéuticos necesarios para mejorar la autoestima, el estado de ánimo, la comunicación y la empatía de las personas con discapacidad intelectual. Por último, el trabajo destaca la importancia mediante el enfoque integrativo y sus diversas técnicas, demostrando la posibilidad de obtener resultados positivos en pacientes con estas patologías. De este modo, el estudio aporta de manera constructiva a investigaciones futuras prácticas clínicas que aborden diagnósticos como episodio depresivo leve y retraso mental grave. Utilizando esta intervención como un referente o modelo guía para tales investigaciones.

## Conclusiones

El paciente, de 29 años, con un 70% de discapacidad intelectual, ha mostrado un notable progreso a lo largo de las sesiones de intervención psicoterapéutica. Inicialmente, presentaba síntomas de depresión, ansiedad y baja autoestima, además de dificultades en el desarrollo psicomotor y del lenguaje, y una historia de soporte familiar inadecuado. Las evaluaciones revelaron una reducción significativa en los síntomas depresivos y de ansiedad, junto con mejoras en la autoestima, inteligencia emocional y habilidades sociales del paciente.

Respecto al proceso de evaluación, se concluye que la combinación de la entrevista, observación y los instrumentos aplicados permitió identificar adecuadamente la sintomatología del paciente. Esto fue crucial para el diagnóstico definitivo y para elaborar un plan psicoterapéutico adaptado a sus necesidades específicas.

En cuanto al proceso de intervención, se puede afirmar que la aplicación de técnicas y actividades adaptadas a la condición del paciente resultó en una mejora notable en su calidad de vida. El estado de ánimo del paciente mostró una notable mejoría en comparación con las primeras sesiones, lo que se tradujo en un aumento de la autoestima, así como en mejores habilidades sociales y conductuales. El paciente ahora se desenvuelve de manera más efectiva en su entorno social, realiza las actividades con mayor entusiasmo y es capaz de mantener el contacto visual por más tiempo. Estos logros reflejan un resultado positivo de las intervenciones realizadas.

Finalmente, en relación con el modelo utilizado, el enfoque integrativo ha demostrado ser efectivo en la intervención. Este enfoque permitió la utilización y adaptación de diversas técnicas según las necesidades del paciente, obteniendo resultados favorables tanto a nivel conductual como emocional. El enfoque integrativo ha permitido abordar de manera efectiva las diversas áreas problemáticas presentadas por el paciente, contribuyendo significativamente a su evolución positiva.

## **Recomendaciones**

Se recomienda que futuras investigaciones den prioridad a la utilización de instrumentos psicológicos validados durante el proceso de evaluación. Esto garantizará una guía más precisa y confiable, permitiendo obtener resultados más certeros y facilitando la implementación de tratamientos que mejoren la calidad de vida del paciente.

Además, en la aplicación de técnicas terapéuticas, es fundamental que estas sean adaptadas a las necesidades específicas de los pacientes con discapacidad intelectual. Esto incluye la personalización de actividades, ejercicios para que sean accesibles y efectivos, promoviendo así mejores resultados terapéuticos.

Es esencial involucrar a la familia en el proceso terapéutico. La formación y educación de los familiares sobre las necesidades y habilidades del paciente pueden crear un entorno más comprensivo y de apoyo. Esto es crucial para el bienestar y progreso continuo del paciente, ya que un soporte familiar adecuado puede potenciar los efectos positivos de la intervención terapéutica y ayudar a manejar los desafíos que el paciente enfrenta en su entorno familiar.

Para finalizar, se recomienda que el paciente continúe con un seguimiento periódico con su terapeuta o profesional de salud mental incluso después de concluir la terapia. Esto permitirá monitorear su progreso a lo largo del tiempo, abordar cualquier desafío o recaída que pueda surgir y ajustar las estrategias de tratamiento según sea necesario.

## Referencias

- Aguilera, B. (2020). Discapacidad intelectual y comorbilidad psiquiátrica. *Revista Electrónica de Portales Médicos*, 15(19). <https://n9.cl/9xs4xa>
- Agurto, M. (2019). Estrategia psicoeducativa de escucha y expresión verbal para fortalecer la comunicación familiar de los adolescentes del octavo año paralelo b de la unidad educativa Pío Jaramillo Alvarado, período 2018 - 2019. [Tesis previa a la obtención del grado de Licenciada en Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de Loja].
- Alonso, P. (2022). *Intervención psicológica en trastornos de ansiedad en personas con discapacidad intelectual: una revisión sistemática* [Tesis de Máster]. Repositorio Universidad de Oviedo.
- Álvarez, E. (2020). Educación socioemocional. *Controversias y Concurrencias Latinoamericanas*, 11(20), 388-408.  
<https://www.redalyc.org/journal/5886/588663787023/html/>
- Álvarez, G., Armas, J., Luna, O., y Hernández, G. (2023). Diagnóstico diferencial: ¿Qué es, ¿cómo se hace, ¿dónde lo enseñan? *Medicentro Electrónica*, 27(3).  
<http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v27n3/1029-3043-mdc-27-03-e3247.pdf>
- Aragón, L. (2004). Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(4), 23-43.  
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol7num4/Art3-2005-1.pdf>
- Arias, P., Gordón-Rogel, J., Galárraga-Andrade, A., y García, F. (2022). Propiedades Psicométricas de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) en Estudiantes Ecuatorianos. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 20(2), 273-287. <https://doi.org/10.35319/ajayu.202110>
- Astudillo, P., y Quezada, C. (2021). Adaptación y propiedades psicométricas del inventario de depresión de beck (bdi-ii) en adolescentes ecuatorianos. *South Florida Journal Of Development*, 2(5), 7271-7288. <https://doi.org/10.46932/sfjdv2n5-068>

- Balarezo, L., y Mancheno, S. (2015). Guía para el diagnóstico psicológico clínico y neuropsicológico (2.a ed.).
- Barrera-Andrade, P., y Espinosa-Cevallos, P. (2023). La comunicación asertiva en el proceso del desarrollo de habilidades comunicativas en las niñas y niños de educación inicial. *Dominio de las Ciencias*, 9(1), 1126-1142. <https://doi.org/10.23857/dc.v9i1>
- Bautista, Á., y Goicoechea, L. (2018). Influencia de talleres de motivación en los niveles de depresión de un grupo de adolescentes en riesgo social. *Conducta Científica*, 2(1), 63-73. <http://orcid.org/0000-0002-4800-3636>
- Bonilla-Sepúlveda, Ó. (2021). Estrés, ansiedad y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia). *Medicina UPB*, 40(1), 2-9. <https://doi.org/10.18566/medupb.v40n1.a02>
- Bordeianu, M., & Smith, D. (2022). Depression Treatment Options for Individuals With Developmental Disabilities. *The Journal For Nurse Practitioners*, 18(9), 976-982. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2022.07.009>
- Borja, M., Lozano, E. P., González, B., y Valarezo, M. (2022). Determinantes sociales que predisponen a la depresión en pacientes con discapacidad física. *RECIAMUC*, 6(3), 600-611. <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/923/1340>
- Bravo, G., y Lázaro, E. (2022). Desarrollo de habilidades comunicativas en estudiantes con discapacidad intelectual. *Revista de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación*, 8. <https://orcid.org/0000-0002-9533-0939>
- Brinkmann, H., Segure M., y Solar, M. (1989). Adaptación, estandarización y elaboración de normas para el inventario de autoestima de Coopersmith. *Revista Chilena de Psicología*, 10(1), 63-71. [https://www2.udec.cl/~hbrinkma/articulo\\_coopersmith.pdf](https://www2.udec.cl/~hbrinkma/articulo_coopersmith.pdf)
- Calderón, R., y Caballo, C. (2018). Revisión sistemática sobre la aplicación y efectividad de tratamientos basados en mindfulness en personas con discapacidad intelectual. *Revista Española de Discapacidad*, 6(1), 49-74. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.06.01.03>

- Cano, D., Villegas, D., González, J., y Montoya, K. (2020). Estigmatización social en el ámbito escolar generada por un diagnóstico psicológico. *Poiésis*, 39, 19-32. <https://doi.org/10.21501/16920945.3749>
- Capurro, D., y Rada, G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista Médica de Chile*, 135(4), 534-538. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000400018>
- Carranza, R. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck universitarios de Lima. *Revista de Psicología (Trujillo)*, 15(2), 170-182. <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/468>
- Carrobes, J. (2016). Bio/neurofeedback. *Clínica y Salud*, 27(3), 125-131. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.003>
- Casanovas, N. (2012). El modelo integrativo en la intervención psicológica con niños y adolescentes. Editorial FUOC. <https://n9.cl/1rh53m>
- Catpo, J. (2022). Propuesta cognitivo conductual en regulación emocional para mejorar la socialización parental en adolescentes de una institución educativa de Trujillo [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte].
- Caycho, T. (2013). Aproximación a la obra psicológica de Reynaldo Alarcón y su contribución a la psicología científica en el Perú. *Revista de Historia de la Psicología*, 34(3), 7-24. <https://n9.cl/y0rpt>
- Colorado, M., y Mendoza, F. (2021). El material didáctico de apoyo en adaptaciones curriculares de matemáticas para personas con discapacidad intelectual. *Revista Conrado*, 17(80), 312-320. <http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v17n80/1990-8644-rc-17-80-312.pdf>
- Cutuli, R. (2020). ¿Recursos literarios para la educación emocional? El monstruo de los colores como “tecnología del yo” para la primera infancia. En *Catalejos. Revista Sobre Lectura, Formación de Lectores y Literatura Para Niños*, 5(10), 158-180. <http://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/catalejos/article/view/4058/4285>
- Debrouwere, I., Álvarez, P., Pavón, X. Del C., Rosero, C., Prinzie, P., & Lebeer, J. (2021). Lessons from Disability Counting in Ecuador, with a Contribution from Primary Health

- Care. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 18(10), 5103. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105103>
- Dong, Y., Lee, W., Basri, N., Collinson, S., Merchant, R., Venketasubramanian, N., & Chen, C. L. (2012). The Montreal Cognitive Assessment is superior to the Mini-Mental State Examination in detecting patients at higher risk of dementia. *International psychogeriatrics*, 24(11), 1749–1755. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001068>
- Eaton, C., Tarver, J., Shirazi, A., Pearson, E., Walker, L., Bird, M., Oliver, C., & Waite, J. (2021). A systematic review of the behaviours associated with depression in people with severe–profound intellectual disability. *Journal Of Intellectual Disability Research*, 65(2), 211-229. <https://doi.org/10.1111/jir.12807>
- Fagoaga, J., Elizondo, E., Calleja, V., Lesaka, E., y Arrosamena, R. (2018). Modelo de entrenamiento en técnica de detención de pensamiento desde enfermería de salud mental. [https://psiquiatria.com/congresos/pdf/3-3-2017-6-pos11\[1\].pdf](https://psiquiatria.com/congresos/pdf/3-3-2017-6-pos11[1].pdf)
- Farinango, M. (2022). Propuesta de intervención para aumentar la autoestima en los adolescentes [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador].
- Fernández, F. (2010). Orientaciones para el área de Educación Física sobre alumnos con Síndrome de Asperger. *EmásF: Revista Digital de Educación Física*, 3.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos. (2.a ed.). Ediciones pirámide.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Ferreira, P. (2021). La terapia cognitivo-conductual y su relevancia en el proceso terapéutico. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento*, 1(3), 86-97. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia-es/la-terapia-cognitivo>
- Flores, G. (2015). El antecedente personal patológico en la anamnesis. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 24(1), 49-53. <https://n9.cl/4u6s8>

- Folstein, M., Folstein, S., y McHugh, P. (1975). "Estado minimental": un método práctico para calificar el estado cognitivo de los pacientes para el médico. *Revista de investigación psiquiátrica*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)9002](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)9002)
- Funes, J. (2018). El desarrollo de la capacidad para delegar utilizando análisis FODA. *Revista Electrónica ANFEI Digital*, 8. <https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25169w/441-3630-1-PB.pdf>
- Gamboa-Proañó, M., Castro-Alzate, E., Bustos, C., Grandón F., y Saldivia, S. (2020). Evaluación de la discapacidad en población con trastornos mentales graves atendida en el Distrito Metropolitano de Quito (Ecuador). *Revista Ciencias de la Salud*, 19(1), 32-52. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10149>
- Godoy, I., y Sánchez, M. (2021). Estudio sobre la inteligencia emocional en educación primaria. *Revista Fuentes*. <https://doi.org/10.12795/revistafuentes.2021.12108>
- González, R., Custodio, J. B., y Abal, J. (2020). Propiedades psicométricas del Trait Meta-Mood Scale-24 en estudiantes universitarios argentinos. *Psicogente*, 23(44), 1-26. <https://doi.org/10.17081/psico.23.44.3469>
- Guzmán, E., y Valle, M. (2024). Relación entre autoestima y regulación emocional en adolescentes en un colegio de la ciudad de Loja, Ecuador. *Uniandes Episteme*, 11(2), 203-215. <https://doi.org/10.61154/rue.v11i2.3497>
- Hernández-Brussolo, R., Reyes, D., Zapata, L., García, K., y Hernández, A. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento*, 8(1), 15-28. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v8n1/2007-1833-rpcc-8-01-15.pdf>
- Hernández-Brussolo, R., Romero, D., Alcázar, D., Vogel, N., y Reyes, D. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento*, 8(1), 15-28. <https://revistapcc.uat.edu.mx/index.php/RPC/article/view/146/pdf>

- Jorge, E. (2018). La evaluación clínica como una función integral del psicólogo. *Perspectivas En Psicología*, 15(1), 98-107.  
<https://www.redalyc.org/journal/4835/483555971010/html/>
- Lara, A., Verduzco, A., Acevedo, M., y Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Cooper Smith para adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2), 247-255.  
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80525207.pdf>
- Llamuca, J., Macías, Y., Miranda, J., y Tapia, V. (2020). Test Minimental para el diagnóstico temprano del deterioro cognitivo. *INNOVA Research Journal*, 5(3), 315-128.  
<https://doi.org/10.33890/innova.v5.n3.1.2020.1544>
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badía, X., y Baró, E. (2002). Validación de las versiones españolas de las escalas de depresión de Montgomery-Asberg y de ansiedad de Hamilton. *Medicina Clínica*, 118(13), 493-499.  
[https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(02)72429-9)
- López, A., Benítez, X., Leon, M., Maji, P., Dominguez, D., y Baez, D. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2).  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962019000200014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000200014)
- Lorenzo-Díaz, J., Díaz-Alfonzo, H., Carrete-Friol, Z., Hernández-Quñones, O., y Barrios-Licor, R. (2021). Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(6), 1-9.  
<https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5311/pdf>
- Macciotta-Felices, B., Morón-Corales, C., Luna-Matos, M., Gonzales-Madrid, V., Melgarejo-Moreno, A., Zafra-Tanaka, J. H., y Garavito-Farro, H. (2020). Guía de práctica clínica para el tamizaje y manejo del episodio depresivo leve en el primer nivel de atención del Seguro Social del Perú (EsSalud). *Acta Médica Peruana*, 37(4), 536-547.  
<http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.374.1648>
- Maldonado-Avenidaño, N., Castro-Osorio, R., y Cardona-Gómez, G. (2021). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) en población

- universitaria colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.007>
- Martínez, A., y Morocho, E. (2022). Estrategias psicoeducativas utilizadas en modalidad en línea dura estudiantes en el proyecto “Yo me doy un like” [Tesis de Titulación, Universidad de Guayaquil].
- Ocaña, J., García, G., y Cruz, O. (2019). Propiedades Psicométricas del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) en Adolescentes de Chiapas, México. *European Scientific Journal*, 15(16), 280. <https://doi.org/10.19044/esj.2019.v15n16p280>
- Ordaz, K., y Bennett, M. (2019). Integración de la terapia Cognitivo Conductual y terapia centrada en soluciones en un taller para el aumento de la autoestima y asertividad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 2(22).  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi192q.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*.
- Palacio, M., y Menjura, M. (2020). Habilidades adaptativas de niños y niñas en situación de discapacidad cognitiva. *Tempus Psicológico*, 3(1), 157-182.  
<https://doi.org/10.30554/tempuspsi.3.1.3621.2020>
- Pardo, E., y Calvo, J. (2023). Tipificación de frases relevantes de entrevistas de valoración en el marco de la evaluación psicológica. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 16(2), 23-32.
- Pérez, J., Quispe, J., y Tuesta, Y. (2020). Propiedades psicométricas de la escala de Inteligencia Emocional TMMS-24 en adultos de Lima Metropolitana. *PsiqueMag*, 9(2), 60-68. <https://doi.org/10.18050/psiquemag.v9i2.2657>
- Pérez, L., y Parra, E. (2019). La atención logopédica a escolares con diagnóstico de retraso mental que asisten a la escuela primaria. *Atlante Cuadernos de Educación y Desarrollo*. <https://n9.cl/esjdd>

- Pérez-Padilla, E., Cervantes-Ramírez, V., Hijuelos-García, N., Pineda-Cortés, J., y Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 28(2), 73-98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica: saber escuchar, saber preguntar*. Ediciones Pirámide. <https://bit.ly/3ReM71w>
- Portes, V. (2020). Trastornos del desarrollo intelectual: deficiencia intelectual, discapacidad mental. *EMC-Pediatría*, 55(3), 1-11. [https://doi.org/10.1016/S1245-1789\(20\)44097-1](https://doi.org/10.1016/S1245-1789(20)44097-1)
- Portillo, C., Marín, C., y Hervás, G. (2020). Aplicación individual del tratamiento transdiagnóstico a un caso de ansiedad generalizada. *Ansiedad y Estrés*, 26(1), 9-13. 10.1016/j.anyes.2019.12.002
- Prado, E. (2018). *Inteligencia, creatividad y rendimiento escolar en estudiantes de secundaria del Distrito de Chala–Caravelí*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional de San Agustín].
- Quintana, Y. (2014). Propiedades psicométricas de la escala de habilidades sociales en alumnos de nivel secundario de Cartavio. *Revista de Investigación de Estudiantes de Psicología*, 3(2), 36-52. <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/jang/article/view/1851>
- Ramos, J. (2024). El poder del grounding: Desconecta para reconectar. <https://n9.cl/ldl4w>
- Ríos, C. (2018). Programa de educación emocional para disminuir la agresividad en los estudiantes de 8vo año paralelo “a” del colegio de bachillerato 27 de febrero de la ciudad de Loja [Tesis de Grado, Universidad Nacional de Loja].
- Rivera, P., y Alcázar-Olán, R. (2019). La respiración profunda, sus beneficios y cuándo usarla. Universidad Iberoamericana Puebla. <https://hdl.handle.net/20.500.11777/4321>
- Romero-Lozano, H., Romero-Cuestas, C., y Quintero Reina, M. (2023). Educación especial e inclusiva para la discapacidad intelectual, una perspectiva desde la Educación Física.

*Perspectivas*, 8(1), 127-142.

<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/perspectivas/article/view/3801/5339>

- Roque, D., Jústiz, M., y Martí Nez González, G. (2022). Materiales didácticos para la estimulación cognitiva de escolares con Discapacidad Intelectual Leve. *EduSol*, 22(78), 125-140. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-80912022000100125](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-80912022000100125)
- Ruiz, E. (2015). Intervención sobre la conducta: prevención, anticipación y límites. *Revista Síndrome de Down*, 32. <https://n9.cl/oprv1>
- Salazar, G. (2018). El clima social familiar y su influencia en la autoestima de los estudiantes de primer año de bachillerato de la unidad educativa hermano miguel de latacunga [Tesis de titulación, Universidad Tecnológica Indoamérica].
- Sanz, J., Perdigón, A., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Scheirs, J. G. M., Muller, A., Manders, N. C. P., & Van Der Zanden, C. D. (2023). The Prevalence and Diagnosis of Depression in People with Mild or Borderline Intellectual Disability: Multiple Instrument Testing Tells Us More. *Journal Of Mental Health Research In Intellectual Disabilities*, 16(1), 54-66. <https://doi.org/10.1080/19315864.2022.2029642>
- Torres, S., Hidalgo, G., y Suarez, K. (2020). Habilidades sociales y rendimiento académico en adolescentes de secundaria. *Horizontes Revista de Investigación En Ciencias de la Educación*, 4(15), 267-276. <https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v4i15.114>
- Trollor, N., Eagleson, C., Turner, B., Tracy, J., Torr, J., Durvasula, S., Iacono, T., Cvejic, R. C., & Lennox, N. (2018). Intellectual disability content within tertiary medical curriculum: how is it taught and by whom? *BMC Medical Education*, 18 (1), 182. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1286-z>

- Valencia, J. (2019). Terapia cognitiva y activación conductual trastorno depresivo mayor recurrente inducido por sustancias. *Drugs And Addictive Behavior*, 4(1), 150-171. <https://doi.org/10.21501/24631779.3162>
- Vélez-Miranda, E., Muñoz-Bowen, A., y Muñoz-Bowen, L. (2022). Psicoeducación y orientación familiar integral. *Revista Científica Multidisciplinaria SAPIENTIAE*, 5(10), 21-26. <https://doi.org/10.56124/sapientiae.v5i10.0051>
- Velis, L., Pérez, D., Vargas, G., y Lozano, M. (2019). Percepción de autocuidado y autoestima de los adultos y adultas mayores. *METANOIA: Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación*, 6(1), 9-23. <https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/METANOIA/article/view/2157/1531>
- Vivas, M., Gallego, D., y González, B. (2007). *Educación de las emociones* (2.a ed.). Dakinson. <https://n9.cl/bpgqt>