



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“Episodio depresivo leve en persona con discapacidad:
Intervención cognitivo – conductual y socioemocional.”**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autor: Jaramillo Ojeda, Ana Paula.

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, 10 de junio del 2024.

Magister.

Gianella Lisbeth Toro Sánchez.

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad.-

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Episodio depresivo leve en persona con discapacidad: Intervención cognitiva conducta y socioemocional realizado por Jaramillo Ojeda Ana Paula, 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

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Jaramillo Ojeda Ana Paula, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autor del Trabajo de Integración Curricular denominado “Episodio depresivo leve en persona con discapacidad: Intervención cognitiva conducta y socioemocional”, de la carrera Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: capítulo 1 marco teórico, capítulo 2 metodología, capítulo 3 resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo Mgtr. 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: Jaramillo Ojeda, Ana Paula

C.I.: 1105889784

Correo electrónico: apjaramillo9@utpl.edu.ec

Dedicatoria

El presente trabajo de titulación se lo dedico a mi familia, principalmente a mis padres por haberme motivado a seguir adelante sin importar los desafíos, a mi abuelita Esthela por ponerme en sus oraciones todas las noches para alcanzar mis sueños, a mi hermano Anthony que a pesar de la distancia siempre estuvo presente brindando sabiduría, a mis hermanos Eddie y Julián por su paciencia y comprensión.

Agradecimiento

Agradezco principalmente a Dios por haberme concedido salud y sabiduría para seguir adelante. A mis padres y familia por su apoyo incondicional durante este proceso académico. A mis amigos y compañeros de carrera por sus ánimos y disposición para ayudarme en cada etapa de este camino. A mis profesores quienes me proporcionaron conocimientos fundamentales para lograr culminar con exitosamente este proceso académico, especialmente al director de mi trabajo de titulación, Mgtr. Erick Gabriel Valarezo Guzmán, cuyos conocimientos y consejos fueron fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

Índice de contenido

Caratula.....	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos	III
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción	3
Capítulo uno	6
Marco teórico	6
1.1 Presentación del caso	6
1.1.1 Identificación del paciente	6
1.1.2 Motivo de consulta	7
1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología.....	8
1.2. Proceso de evaluación	9
1.2.1 Entrevista con el paciente	9
1.2.2 Observación clínica.....	10
1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados	11
1.3 Proceso diagnóstico	15
1.3.1 Diagnóstico presuntivo	16
1.3.2 Diagnóstico diferencial.....	16
1.3.3 Diagnóstico definitivo	19

Capítulo dos	23
Metodología	23
2.1 Tratamiento/Intervención	23
2.1.1 Objetivos terapéuticos	23
2.1.2 Plan de tratamiento/intervención	23
2.1.3 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico	28
Capítulo tres	39
Resultados	39
3.1. Análisis de resultados cuantitativos	39
3.2. Análisis de resultados cualitativos	43
Discusión	46
Recomendaciones	52
Referencias	53

Índice de tablas

Tabla 1 Resultados de la batería de instrumentos aplicados	14
Tabla 2 Funciones Mentales	15
Tabla 3 Trastornos de ansiedad generalizada	17
Tabla 4 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve	18
Tabla 5 Criterios diagnósticos CIE-10 (F32 Episodio depresivo leve)	20
Tabla 6 Criterios diagnósticos DSM-5 (Discapacidad intelectual)	21
Tabla 7 Criterios Diagnóstico CIE-10 (F72 Retraso mental grave)	22
Tabla 8 Plan Psicoterapéutico	23
Tabla 9 Resultados cualitativos	43

Índice de figuras

Figura 1 Genograma Familiar	7
Figura 2 Resultados pre y pos-test, escala de depresión geriátrica Yesavage.....	39
Figura 3 Resultados pre y post- tratamiento, Escala de Hamilton para la ansiedad. ...	40
Figura 4 Resultados pre y post-tratamiento, TMMS-24.....	41
Figura 5 Resultados pre y post-tratamiento, Escala de Habilidades Sociales (EHS) ..	42

Resumen.

La depresión es un trastorno mental caracterizado por cambios significativos emocionales, cognitivos y físicos. La evaluación se realizó mediante entrevistas psicológicas, observación clínica y pruebas psicométricas como el Mini mental test, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, la Escala para la ansiedad de Hamilton, el Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24) y la Escala de Habilidades Sociales (EHS). El paciente fue diagnosticado con retraso mental grave y un episodio depresivo leve. La discapacidad intelectual afecta al 1% de la población mundial y está influenciada por factores como la desnutrición, la pobreza, problemas perinatales y complicaciones obstétricas. Esta condición se caracteriza por deficiencias en habilidades mentales y adaptativas, lo que dificulta el desarrollo. Las personas con discapacidad intelectual enfrentan dificultades emocionales y de comportamiento, siendo comunes la ansiedad y la depresión. La intervención se basó en un modelo integrativo, combinando terapia cognitivo-conductual y un enfoque socioemocional. Los resultados mostraron una disminución de los síntomas depresivos y ansiosos, una mayor comprensión de las emociones y un manejo adecuado de las habilidades sociales.

Palabras claves: Depresión, discapacidad, cognitivo conductual, socioemocional.

Abstract

Depression is a mental disorder characterized by significant emotional, cognitive and physical changes. The evaluation was carried out through psychological interviews, clinical observation and psychometric tests such as the Mini mental test, the Yesavage Geriatric Depression Scale, the Hamilton Anxiety Scale, the Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24) and the Social Skills Scale (EHS). The patient was diagnosed with severe mental retardation and a mild depressive episode. Intellectual disability affects 1% of the world's population and is influenced by factors such as malnutrition, poverty, perinatal problems and obstetric complications. This condition is characterized by deficiencies in mental and adaptive skills, which hinders development. People with intellectual disabilities face emotional and behavioral difficulties, with anxiety and depression being common. The intervention was based on an integrative model, combining cognitive-behavioral therapy and a socio-emotional approach. The results showed a decrease in depressive and anxious symptoms, a greater understanding of emotions and adequate management of social skills.

Keywords: Depression, disability, cognitive behavioral, socioemotional.

Introducción

En la actualidad, la depresión se ha reconocido como un desafío significativo de salud pública a nivel global, afectando a aproximadamente 450 millones de personas independientemente por su edad o condición social. En América Latina y el Caribe, la prevalencia de la depresión alcanza el 73,9%, teniendo en cuenta de que en Ecuador se reporta un 62,6% de casos de personas afectadas por esta condición (Corea, 2021; Sarango et al., 2022).

La depresión se define como un trastorno mental afectivo caracterizado por cambios significativos en el estado de ánimo, acompañados de síntomas cognitivos y físicos. Este trastorno se distingue de otros trastornos depresivos, como el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, los trastornos bipolares y los episodios depresivos, por su origen y su temporalidad. (Corea, 2021)

Según Gutiérrez et al. (2011), las personas con discapacidad intelectual tienen un riesgo aumentado de sufrir depresión debido a su nivel más bajo de funcionamiento cognitivo. En este grupo, la depresión puede manifestarse a través de problemas de conducta, como rabietas, ya que pueden presentar dificultades para expresar tristeza de manera convencional.

En las últimas décadas, ha habido un avance significativo en la comprensión y el manejo de la discapacidad intelectual. Este progreso ha implicado un cambio desde un enfoque inicial de segregación y estigmatización social hacia un movimiento progresivo que promueve la educación especial, la integración social y la inclusión (Boluarte, 2019). Este cambio de paradigmas ha generado transformaciones importantes en los ámbitos familiares, educativo, social y laboral, facilitando una mayor participación y una mejor calidad de vida para las personas con discapacidad intelectual.

La discapacidad intelectual es uno de los factores de diversidad más prevalentes en la sociedad contemporánea, con un impacto significativo en el funcionamiento individual. Esta condición está influenciada por una variedad de factores como la desnutrición, la pobreza,

problemas perinatales y complicaciones obstétricas, los cuales pueden desencadenar alteraciones cognitivas (Cuesta et al., 2019)

Esta problemática afecta aproximadamente al 1% de la población mundial. Lardoeyt et al. (2011) indican que alrededor del 50% de los casos de discapacidad intelectual se deben a factores hereditarios, un 30% a complicaciones en el desarrollo embrionario y un 20% a trastornos mentales y del entorno. Se conoce que alrededor de 1190 desórdenes genéticos asociados con discapacidad intelectual, que abarcan desde condiciones monogénicas y cromosómicas hasta factores multifactoriales y mitocondriales.

Liao et al. (2021) definen a la discapacidad intelectual como deficiencia cognitivas y adaptativas que surgen desde la infancia. Además, Campo et al. (2022) señalan que la discapacidad intelectual se caracteriza por problemas en habilidades mentales generales, resultando en un déficit cognitivo y adaptativo. Estos trastornos presentan deficiencias en funciones intelectuales como razonamientos, resolución de problemas y pensamiento abstracto, así como el comportamiento adaptativo, lo cual dificulta el cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía y responsabilidad social.

Coronel (2018) destaca que las personas con discapacidad intelectual enfrentan dificultades emocionales y de comportamiento, lo cual justifica el uso de evaluaciones psicológicas para entender y evaluar estos comportamientos y síntomas. Las alteraciones psicológicas se clasifican tradicionalmente en problemas de comportamiento y problemas emocionales, siendo los síndromes internalizantes como la ansiedad y la depresión los más comunes.

Es crucial reconocer que las personas con discapacidad intelectual encuentran dificultades para identificar problemas físicos y psíquicos, así como comunicar síntomas y sentimientos. Por tanto, es importante trabajar con ellos para que reconozcan sus emociones, lo cual no solo les ayuda a gestionar su bienestar emocional y social, sino que también promueven autonomía, autoestima y participación en la comunidad, aspectos fundamentales para el desarrollo integral y calidad de vida. A nivel social, las personas con discapacidad

intelectual experimentan desigualdades significativas en salud y enfrentan barreras para recibir una atención sanitaria eficaz (Coronel 2018)

Finalmente, con respecto a la estructura de la presente investigación se encuentra conformado por tres capítulos: en base al primer capítulo se encuentra el marco teórico, el cual está estructurado por la presentación del caso, identificación del paciente, motivo de consulta, historia del problema y descripción de la sintomatología, proceso de evaluación, entrevista con el paciente, observación clínica, instrumentos psicométricos, proceso diagnóstico (diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo).

El segundo capítulo se encuentra estructurado por la metodología, en la que se presenta el tratamiento de intervención, objetivos terapéuticos, plan de tratamiento, descripción de las sesiones. Y el capítulo tres, el cual presenta los resultados cuantitativos y cualitativos, discusión, conclusiones, recomendaciones y referencias.

El objetivo de la presente sistematización es profundizar la comprensión de la discapacidad intelectual, su impacto en la salud mental y la importancia de un plan de intervención. Esta sistematización es relevante tanto para futuras investigaciones como para la comunidad universitaria y la sociedad en general, ya que proporciona una nueva perspectiva y una fuente confiable de información sobre este tema crucial.

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.

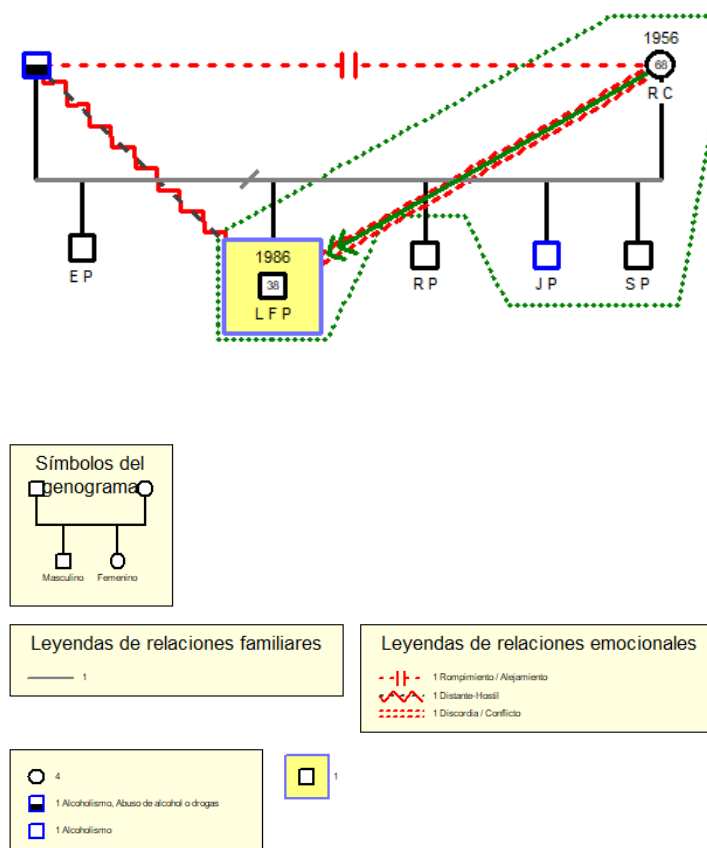
1.1.1 Identificación del paciente

L.P es un paciente ecuatoriano de 37 años de edad, de sexo masculino, cuenta con carnetización de discapacidad intelectual del 46%. Es soltero, no tiene hijos y actualmente vive en casa de su madre junto a sus hermanos. El paciente no posee ningún tipo de instrucción, su nivel socioeconómico se clasifica como medio – bajo, desde muy joven empezó a trabajar en la agricultura.

L.P. proviene de una familia desestructurada monoparental, cuyos padres se separaron hace aproximadamente 28 años. Convive con su madre, con quien mantiene una relación regular, mientras que la relación con su padre está marcada por conflictos relacionados con el alcohol. Entre sus hermanos se entra R.P y E.P, quienes han establecido sus propios hogares de manera independiente. También están los hermanos J.P, quien al igual que su padre enfrenta dificultades relacionadas con el alcohol y tiene discapacidad intelectual, y S.P, el hermano menor que presenta un nivel significativo de discapacidad intelectual.

Figura 1

Genograma Familiar



Nota. La presente figura presenta la estructura familiar del paciente.

1.1.2 Motivo de consulta

El paciente se presenta voluntariamente, acompañado de su madre, en un Centro de Discapacidad con el propósito de recibir atención por parte del área de psicología. La consulta se motiva por dificultades en el dominio cognitivo, específicamente relacionadas con la expresión verbal, así como alteraciones en la memoria tanto anterógrada como retrograda. Además, se observan manifestaciones de tristeza en el ámbito emocional.

La madre expresa su deseo de que el paciente, L.P., asista de manera regular al centro para que continúe fortaleciendo sus habilidades, fomentando su autonomía en la vida cotidiana y promoviendo el desarrollo de la capacidad para reconocer y gestionar sus emociones. No se detectan anomalías físicas visibles, aunque durante la entrevista se

observa inquietud motora y nerviosismo al responder preguntas sobre su vida. No se reportan incidencias de problemas de comportamiento según refiere la madre del paciente.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

La historia del problema de L.P se remonta a sus primeros años de vida, donde se evidenció un retraso en su neurodesarrollo, caracterizado por dificultades en diversas áreas cognitivas, personales, sociales, adaptativas y lingüísticas. Este retraso no se asoció con condiciones prenatales adversas, sino más bien con una falta de atención especializada debido a limitaciones económicas que impidieron una estimulación adecuada durante su infancia.

Debido a los problemas económicos que atravesaba su familia, fue acogido por un pariente en Zamora durante su infancia, donde se dedicó principalmente a actividades agrícolas. A pesar de este entorno, las dificultades persistieron y, en la edad adulta, regresó a vivir con su madre. Luego de este hecho, su madre lo inscribió al Centro de Discapacidad. En el centro fue evaluado para conocer el coeficiente intelectual por medio de la Prueba de Madurez mental de Californiana, en donde obtuvo un resultado de 23.19, lo cual denotó una edad mental de 6 años y 5 meses, de una edad cronológica de 37 años. Es por ello, que el Centro de Discapacidad brindó apoyo psicopedagógico, psicológico y académico durante aproximadamente una década, hasta la actualidad. Esta intervención ha sido crucial para mejorar sus competencias sociales y su participación en diversas actividades.

En cuanto, a la sintomatología actual, L.P ha experimentado síntomas como tristeza, fatiga persistente, disminución del apetito y dificultad para conciliar el sueño en las últimas cuatro semanas. Estos síntomas parecen estar relacionados con sentimientos de culpabilidad por situaciones familiares, lo que sugiere un componente emocional significativo en su presentación clínica. La intensidad de estos síntomas no se ha especificado, pero su persistencia indica una preocupación por su bienestar emocional.

Los factores predisponentes a los problemas de L.P incluyen el retraso en su neurodesarrollo desde la infancia, mientras que la falta de estimulación adecuada y la limitada atención temprana pueden haber contribuido a su evolución. En términos de factores

precipitantes, los recientes cambios en su estado de ánimo pueden estar relacionados con eventos familiares estresantes o desencadenantes emocionales específicos. Teniendo en cuenta la presencia de factores mantenedores como los constantes conflictos con su madre y sus hermanos. Por último, el apoyo continuo del Centro de Discapacidad parece ser un factor protector importante para su funcionalidad y bienestar general.

1.2. Proceso de evaluación

Borja (2004) menciona que el proceso de evaluación es una disciplina psicológica que se basa en la exploración y análisis del comportamiento del individuo o de un grupo de individuos, abordando distintos niveles de complejidad, ya sea motor, fisiológicos o cognitivos. Este proceso cuenta con diversos objetivos, tanto básicos como aplicados, como la detección, descripción, diagnóstico, selección, orientación, predicción, entre otros. La evaluación se puede llevar a cabo por medio del uso y aplicación de pruebas, técnicas de medición y/o evaluación.

Este estudio se ejecutó de manera presencial, a través de tres sesiones de evaluación, durante las cuales se utilizaron diversos procedimientos, tales como la realización de entrevistas psicológicas, observaciones y la aplicación de instrumentos psicométricos, escalas y cuestionarios. Cada sesión tuvo una duración de 40 minutos.

1.2.1 Entrevista con el paciente

De acuerdo con Bleger (1964), la entrevista es un procedimiento de investigación científica en la psicología. Este procedimiento está conformado por reglas empíricas, lo que permite la aplicación de conocimientos científicos y, a la vez, facilita su implementación en la vida diaria de los individuos, elevando el nivel de conocimiento y la elaboración científica.

En la primera sesión de la entrevista clínica se inició con el establecimiento de una relación terapéutica entre entrevistador y paciente, en donde se pretendió que el paciente se sienta en un ambiente cómodo y acogedor. Para ello se empezó por dar la bienvenida al paciente y su madre quien fue la portadora de información, se mencionó cual es el propósito

y la confidencialidad, en donde el paciente firmó un consentimiento informado adaptado para su condición.

El objetivo de la entrevista fue obtener información importante sobre la historia personal del paciente (incluyendo su periodo prenatal, natal, infancia, adolescencia, y adultez), incorporando antecedentes familiares, eventos significativos de la infancia, experiencias traumáticas y relaciones interpersonales de mayor relevancia. La sintomatología actual, duración, gravedad y factores desencadenantes

En el segundo encuentro, se llevó a cabo la exploración individual más detallada basada en los datos proporcionados por la madre, centrándose en aspectos específicos del funcionamiento psicológico como la percepción del propio individuo, habilidades sociales y la autoestima. Esto se realizó por medio de una entrevista semi-estructurada adaptada, con el fin de abordar integralmente los aspectos más relevantes.

En la tercera sesión, luego de haber recopilado información necesaria, se aplicaron pruebas psicométricas para evaluar la sintomatología que el paciente había mencionado en las sesiones previas. Durante la aplicación de estas pruebas, se consideró la discapacidad intelectual del paciente, asegurando un ritmo adecuado y proporcionando descansos regulares para evitar el agotamiento. Si el paciente presentaba dificultad para comprender las preguntas, se utilizó un enfoque didáctico con ejemplos e imágenes para facilitar su entendimiento y garantizar respuestas precisas y significativas.

1.2.2 Observación clínica

De acuerdo con López (2019), la observación es fundamental para el conocimiento del entorno y para la actividad científica. Requiere una atención focalizada hacia un objeto de estudio y la capacidad de distinguir diferencias entre diversos fenómenos. Este proceso se sustenta en la distinción clara entre el sujeto que observa y el objeto observado.

Díaz (2011) señala que, en el ámbito clínico, el ser humano se concibe como una unidad biopsicosocial, y la observación está influenciada por el marco teórico que el psicólogo ha adoptado. Este marco guía de forma en que el profesional observa y comprende a la persona que busca diagnóstico e intervención. En este proceso, se presta atención a lo que

la persona “es”, a lo que “agrega”, y a lo que “comunica” tanto verbal como no verbal, y de lo consciente a lo inconsciente. Además, permite llevar a cabo una descripción física más detallada del sujeto, lo que proporciona una información valiosa para su identificación y diferenciación de otros pacientes.

A partir de la observación clínica, se mostró que el paciente exhibía un adecuado nivel de higiene personal y su elección de vestimenta era congruente con su edad cronológica. Se evidenció cierto grado de nerviosismo al inicio de la interacción, junto con episodios de distracción. Inicialmente, durante la entrevista, el paciente mostró tensión, caracterizada por una ausencia de expresión facial y rigidez corporal.

A medida que avanzaba la sesión. El paciente demostró una mayor confianza en su comunicación, evidenciada por un incremento en el contacto visual y en la gesticulación al hablar. Sin embargo, también se observaron momentos en los que el paciente desviaba el tema de conversación hacia narraciones no relacionadas con la entrevista.

Basándose en la observación e interacción con el paciente, se evidencia una disminución en su capacidad de atención, ya que en diversos momentos desviaba su atención hacia otros estímulos. Además, su pronunciación deficiente dificultaba la comprensión de sus palabras. Su pensamiento era acelerado, con un contenido difuso y una estructura desorganizada.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Mini mental Test (Folstein et al., 1975):

Instrumento aplicado para la detección de deterioro de funciones cognitivas, consta de 11 preguntas, con una puntuación máxima de 30 y mínima de 0 puntos. Según los puntos de corte, un puntaje de 30 a 24 indica un funcionamiento cognitivo normal, de 23 a 18 sugiere problemas cognitivos leves, y de 17 a 0 representan un deterioro moderado a severo (Folstein et al., 1975). Este instrumento presenta una confiabilidad de 0.80 y una validez de 0.89. Se aplica a población adulta o a personas con sospechas de deterioro cognitivo, evaluando las siguientes dimensiones: orientación en tiempo y espacio, memoria, atención y cálculo, memoria diferida, denominación, repetición, comprensión, lectura, escritura.

Escala de depresión Geriátrica Yesavaje (GDS-15) (Yesavage, y Sheikh, 1986):

Instrumento utilizado para la exploración de sintomatología cognitiva de un episodio depresivo mayor en adultos mayores, independientemente de su nivel educativo. La escala consta de 15 preguntas con respuestas dicotómica (sí/no). Su aplicación es individual y tiene una duración de entre 10 y 15 minutos. La puntuación máxima es de 15 puntos y la mínima de 0 puntos. Un puntaje de 0 a 5 puntos indica que no hay depresión, de 6 a 9 sugiere una probable depresión, y de 10 a 15 puntos señala una depresión establecida. La escala presenta un promedio de fiabilidad del 0,82. Además, Martínez de la Iglesia et al. (2002) da a conocer que el coeficiente de consistencia interna es de 0,8, lo que indica una buena fiabilidad.

Escala de Hamilton para la ansiedad (HAS) (Hamilton, 1959):

Instrumento psicométrico utilizado principalmente para evaluar ansiedad, escala de tipo Likert conformado por 5 opciones de respuesta (0 = ausencia, 1= leve, 2= moderada, 3=grave, 4= muy grave), consta de 14 preguntas, su tiempo de aplicación es de 10 a 30 minutos, aplicación individual, este instrumento se encuentra dividido en dos factores (ansiedad psicológica, ansiedad somática), en donde su puntuación máxima es de 56 puntos y puntuación mínima de 0, teniendo en cuenta que una puntuación de 0 a 5 No hay ansiedad, 6 a 14 representa ansiedad leve, 15 a 25 ansiedad moderada y de 26 a 56 ansiedad grave. La escala posee una consistencia interna de ($\alpha = 0.89$), teniendo en cuenta una distribución unifactorial, su confiabilidad y validez es de 0.89 y 0.75. (Arias et al., 2022)

Trait Meta – Mood Scale – 24 (TMMS-24) Salovey y Mayer (Fernández et al., 2004):

Escala de evaluación de metacognición de estados emocionales consta de 24 preguntas y tres dimensiones: atención emocional compuesta por 8 ítems con una confiabilidad de 0.89, claridad emocional conformada por 8 ítems con una confiabilidad de 0.89 y regulación emocional compuesta por 8 ítems y con una confiabilidad de 0.85, con respecto a la confiabilidad global posee un alfa de Cronbach de 0.90. Es adecuada para su aplicación en niños y adultos, posee una baremación en centiles según el sexo y edad, su aplicación puede ser de forma individual o colectiva. Es una escala de tipo Likert puesto que

consta de 5 opciones de respuesta (1= nada de acuerdo, 2= algo de acuerdo, 3= bastante de acuerdo, 4= muy de acuerdo, 5= totalmente de acuerdo). Para la interpretación de los resultados: en atención emocional, una puntuación de 0 a 21 indica atención baja, de 22 a 33 una atención adecuada, y de 34 a 48 atención alta; en claridad emocional, una puntuación de 0 a 24 indica claridad baja, de 25 a 35 claridad adecuada, y de 36 a 48 claridad alta; y en regulación emocional, una puntuación de 0 a 23 representa una regulación baja, 24 a 34 regulación adecuada, y de 35 a 48 regulación alta et al. (2019).

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

Escala de aplicación individual o colectiva, tiempo de aplicación de 10 a 16 minutos, población de adolescente y adultos, evalúa la aserción y las habilidades sociales, consta de 33 preguntas, de las cuales 28 están escritos en sentido de déficit de habilidades sociales y 5 de ellos en sentido positivo. Escala de tipo Likert con 4 alternativas de respuesta (A= no me identifico, en la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría, B= No tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra, C= Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe así o me sienta así, D= Muy de acuerdo, me sentiría así o actuaría así en la mayoría de los casos. Su análisis factorial es de 6 factores: Auto expresión en sitios sociales, defensa propia de derechos como consumidor, Expresión de enfado y disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Para la interpretación de resultados, si el puntaje es de 25 o menor sus habilidades sociales serán bajas, si el resultado es de 26 y 74 sus habilidades sociales serán medias y una puntuación de 75 o más, las habilidades sociales serán altas. Finalmente, el instrumento posee una confiabilidad y validez de 0.80 y 0.85.

Tabla 1*Resultados de la batería de instrumentos aplicados*

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Mini- Mental Test	13 / 30 puntos	Deterioro.
Escala de depresión Geriátrica Yesavage.	8 / 15 puntos	Probable depresión.
Escala de Hamilton para la ansiedad.	14 / 56 puntos	Ansiedad leve.
TMMS-24	Atención emocional= 20	Debe mejorar su atención: presta poca atención.
	Claridad Emocional=24	Debe mejorar su comprensión.
	Reparación Emocional=21	Debe mejorar su regulación.
Escala de Habilidades Sociales (EHS)	Auto expresión en sitios sociales = 23 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 = 18p	Alto
	Hacer peticiones= 10p	Nivel bajo
	Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto = 18p	Alto

Nota. Interpretación de resultados de instrumentos aplicados.

Tras la aplicación de las herramientas de evaluación, se analizaron los resultados, destacándose síntomas significativos en varios instrumentos. En la escala de Depresión Geriátrica Yesavage, se detectaron indicios de posible depresión. En la Escala de Ansiedad de Hamilton, se observó un nivel leve de ansiedad. El instrumento TMMS-24, que evalúa tres dimensiones de inteligencia emocional, reveló áreas de mejora: en la dimensión de atención emocional, el paciente mostró poca atención a sus propias emociones; en claridad emocional, se evidenciaron dificultades para comprender sus emociones; y en la dimensión de reparación emocional, se identificó una necesidad de mejorar la regulación emocional.

Por último, el Cuestionario de Habilidades Sociales (EHS) indicó que las habilidades sociales del paciente se encuentran en un nivel regular.

Tabla 2

Funciones Mentales

Funciones	Estado
Conciencia	Lucidez
Orientación	Autopsíquica y alopsíquica levemente afectadas.
Atención	Hipoprosxia
Memoria	Alteración en la memoria anterógrada y retrógrada, levemente afectadas.
Pensamiento	Aceleración en el curso del pensamiento con contenido difuso y estructura desorganizada.
Sensopercepción	Sin alteración en la sensopercepción, no hay presencia de alucinaciones visuales, ni auditivas.
Lenguaje	Voz de tono bajo y ritmo normal, con contenido aparentemente coherente, dificultades en su pronunciación.
Afectividad	Ambivalente leve, humor depresivo.
Voluntad	No existe alteraciones.
Psicomotricidad	No existen alteraciones.
Introspección	El usuario identifica de forma adecuada sus pensamientos y sentimientos presentes.
Hábitos	Inadecuados hábitos alimenticios, dificultad para conciliar el sueño.
Instintos	Alteración en el apetito, instinto de conservación adecuado.
Inteligencia	Deficiente, se hace una valoración por medio de instrumentos específicos.
Juicio y razonamiento	No hay alteraciones en la capacidad autocrítica y heterocrítica.
Descripción de la apariencia	Paciente demuestra un adecuado aseo personal, su vestimenta es adecuada a su edad cronológica.

Nota. Interpretación de funciones mentales.

1.3 Proceso diagnóstico

Según Capurro y Rada (2007) el diagnóstico se realiza mediante un proceso de inferencia, que se origina a partir de un conjunto de síntomas y signos clínicos. Este proceso permite identificar la enfermedad que afecta al paciente.

Para poder llevar a cabo el proceso diagnóstico, se hizo uso de "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud" (CIE-10)"

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

Díaz et al. (2006) mencionan que el diagnóstico presuntivo es aquél que el profesional de la salud fórmula para explicar los síntomas del paciente, derivado del análisis de la información clínica que se obtuvo en la primera evaluación.

Por consiguiente, este diagnóstico se fundamenta en los síntomas observados y la información recopilada hasta el momento. A partir de las sesiones con el paciente, se han elaborado las siguientes hipótesis diagnósticas para el F33.0, F32.0 Y F41.1 se tomó en cuenta el CIE-10 y para el F72 se hizo referencia a los dos manuales, tanto el CIE 10 como el DSM5.

- F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
- F32.0 Episodio depresivo leve
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
- F72 Retraso mental grave (CIE10) – discapacidad intelectual (DSM5)

1.3.2 Diagnóstico diferencial

De la Serna (2018) menciona que el diagnóstico diferencial es esencial para distinguir entre psicopatologías que pueda presentar sintomatologías similares. Un diagnóstico incorrecto puede llevar a tratamientos ineficaces, retrasan la aplicación del tratamiento adecuado y, en consecuencia, afectar negativamente el pronóstico del paciente. Además, el error diagnóstico puede causar ansiedad, estrés o frustración por la falta de mejoría y potencialmente tener efectos adversos en la condición del paciente.

A continuación, se describen los criterios empleados, conforme al CIE-10, para confirmar o descartar los diagnósticos anteriormente planteados. Es esencial tener en cuenta estos criterios con detalle para identificar con precisión el trastorno o condición que el paciente está experimentando:

- **F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.**

Tabla 3

Trastornos de ansiedad generalizada

Hipótesis diagnósticas	Criterios presentes	Criterios ausentes.
<p>F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.</p>	<p>A. Presencia de un periodo de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.</p> <p>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:</p>	
	<p>Otros síntomas no específicos:</p> <p>22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.</p>	<p>Síntomas autonómicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitaciones o golpe del corazón, o ritmo cardiaco acelerado. 2. Sudoración. 3. Temblor o sacudidas. 4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación) <hr/> <p>Síntomas relacionados con el pecho y abdomen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Dificultad para respirar. 6. Sensación de ahogo. 7. Dolor o malestar en el pecho. 8. Náuseas o malestar abdominal. <hr/> <p>Síntomas relacionados con el estado mental.</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento. 10. Sensación de que los objetos con irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o “no realmente aquí” (despersonalización). 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 mental.
18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.

Nota. F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (Criterios diagnósticos Cie-10)

Según lo mencionado anteriormente, se contempló en un principio la posibilidad de un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (F41.1). Sin embargo, esta hipótesis se descartó debido a que el paciente no cumple con la sintomatología especificada en el criterio B, ya que no presenta síntomas autonómicos, síntomas relacionados con pecho y abdomen, síntomas de tipo mental o síntomas generales.

- **F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.**

Tabla 4

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

Hipótesis diagnósticas	Criterios presentes	Criterios ausentes.
F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.	<p>A. Se cumplen los criterios A. generales de trastorno depresivo recurrente:</p> <p>G2. En ningún momento del pasado ha habido un episodio que cumpliera los criterios del episodio hipomaniáico o maniáico (F30.)</p> <p>G3. <i>Criterio de exclusión con más frecuencia.</i> El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno</p>	<p>G1. Ha habido al menos un episodio depresivo previo leve (F32.0), moderado (F32,1) o grave (F32.2 o F32.3), con una duración mínima de dos semanas y separado del episodio actual por, al menos, dos meses libres de cualquier alteración significativa del estado de ánimo.</p>

mental orgánico (en el sentido de (F00-F09).

B. El episodio cumple los criterios de episodio depresivo leve (F32.0). Sin síndrome somático.

Nota. F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve (Criterios diagnósticos Cie – 10)

De acuerdo la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) para poder llegar a un diagnóstico de Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve el paciente debe cumplir con los criterios establecidos; sin embargo, en el criterio “A” no se cumple con el criterio G1 del trastorno depresivo recurrente, por ende, se descarta.

1.3.3 Diagnóstico definitivo

Tamargo et al. (2017), da a conocer que el diagnóstico definitivo o final es el resultado que se obtiene tras analizar los datos obtenidos durante la fase de evaluación, permitiendo así tomar decisiones clínicas informadas y oportunas basadas en evidencia adicional.

A partir de la información recolectada durante las diversas sesiones clínicas entrevistas y cuestionarios administrados, y de acuerdo con los criterios establecidos por el CIE-10 y DSM-5, se llegó al siguiente diagnóstico definitivo:

F32.0 Episodio depresivo leve. El diagnóstico puede determinarse si el paciente cumple con las pautas establecidas por la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Para un Episodio Depresivo Leve (F32) (tabla 5), se deben cumplir ciertos criterios generales: presencia de dos síntomas que son la pérdida de interés o de la capacidad de disfrute en actividades y disminución de la energía, de la misma manera se puede evidenciar la presencia de varios síntomas como: quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tanto indecisión o validación, a la vez se puede constatar alteraciones en el sueño, el cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso; todo esto se considera porque se ha demostrado a través de las entrevistas, la

observación y las declaraciones del paciente que estos síntomas han estado presentes durante aproximadamente un semana.

Tabla 5

Criterios diagnósticos CIE-10 (F32 Episodio depresivo leve)

Trastorno	Criterios
F32. Episodio depresivo leve	<p>A. Debe cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32). *</p> <p>B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte el día y casi cada día, apeas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas. 2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrute en actividades que normalmente eran placenteras (*) 3. Disminución de la energía o aumento de la fatiga (*) <p>C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima. 2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada. 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cualquier conducta suicida. 4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o validación (*) 5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva). 6. Cualquier tipo de alteración en el sueño (*) 7. Cambio de apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso (*)

Nota. (*) representa los criterios que se cumplen para el diagnóstico.

F72 Retraso mental grave (CIE-10) O discapacidad intelectual grave (DSM5): El coeficiente intelectual (CI) considerado para esta condición se encuentra en un intervalo de 20-34 en adultos con una edad mental de tres a seis años. Este criterio se ha tenido en cuenta en el presente caso para establecer el diagnóstico del paciente con relación a su nivel intelectual, para ello se llevó a cabo una evaluación por medio de un instrumento psicológico, el cual presentó un CI de 23.19, es por ello que se confirma su ubicación dentro de este rango.

Tabla 6

Criterios diagnósticos DSM-5 (F72. Discapacidad intelectual grave)

Trastorno	Criterios
<p>F72. Discapacidad intelectual grave</p>	<p>A. Deficiencia de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas (*)</p> <p>B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que produce fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y sociocultural para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos, tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad (*)</p> <p>C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el periodo de desarrollo (*)</p> <p>Especificación:</p>

El individuo tiene generalmente poca comprensión del lenguaje escrito o de los conceptos que implican números, cantidades, tiempo y dinero.

El lenguaje hablado está bastante limitado en cuanto a vocabulario y gramática.

El lenguaje se utiliza para la comunicación social más que para la explicación.

El individuo no puede tomar decisiones responsables en cuanto al bienestar propio o de otras personas.

Nota. (*) representa los criterios que se cumplen para el diagnóstico.

Tabla 7

Criterios Diagnóstico CIE-10 (F72 Retraso mental grave)

Trastorno	Criterio
F72 Retraso mental grave	El CI aproximadamente se encuentra en el rango de 20-34 (en adultos con una edad mental de tres a seis años). Se necesita apoyo continuo.

Nota. Criterios diagnósticos (Cie-10)

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

Se elaboró un plan de intervención para tratar los síntomas de depresión, fundamentado en un modelo terapéutico integrativo. El plan comprendió un total de 13 sesiones de 40 minutos cada una, que se llevaron a cabo semanalmente y de manera presencial.

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

- Disminuir la sintomatología depresiva a través de diferentes técnicas psicoterapéuticas.
- Desarrollar la inteligencia emocional mediante la aplicación de técnicas y actividades psicoterapéuticas que permitan el incremento de la atención, claridad y reparación emocional en el usuario.
- Disminuir la sintomatología ansiosa mediante la intervención psicológica, lo cual permita a los usuarios el reconocimiento de las situaciones que generan.
- Mejorar la capacidad para establecer y mantener relaciones interpersonales saludables, dotándole de herramientas para el manejo de habilidades sociales.

2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

Tabla 8

Plan Psicoterapéutico

Sesión	Objetivo terapéutico	Objetivo de sesión	Técnica/actividad	Observación
1.	Disminuir la sintomatología depresiva a través de diferentes técnicas psicoterapéuticas.	Adquirir conocimiento acerca de la depresión y sus síntomas distintivos, con el propósito de desarrollar conciencia de la enfermedad.	Psicoeducación centrada en la depresión y su sintomatología. Video psicoeducativo "Yo tenía un perro negro"	

- | | | | | |
|----|--|---|--|---|
| 2. | Disminuir la
sintomatología
depresiva a través
de diferentes
técnicas
psicoterapéuticas | Concienciar sobre la
importancia que
tienen las creencias
en nosotros mismos,
que cuando son
irracionales
aparecen en forma
de pensamientos
automáticos, ante
cualquier estímulo
problemático,
generando malestar. | Reestructuración
cognitiva

Autorregistro
de pensamientos
automáticos | Hacer consciente
por medio de
autorregistros los
pensamientos que
va teniendo
durante el día y en
diferentes
situaciones |
| 3. | Disminuir la
sintomatología
depresiva a través
de diferentes
técnicas
psicoterapéuticas | Concienciar sobre la
importancia que
tienen las creencias
en nosotros mismos,
que cuando son
irracionales
aparecen en forma
de pensamientos
automáticos, ante
cualquier estímulo
problemático,
generando malestar. | Reestructuración
cognitiva. | Hacer consciente
por medio de
autorregistros los
pensamientos que
va teniendo
durante el día y en
diferentes
situaciones |
| 4. | Disminuir la
sintomatología
depresiva a través
de diferentes
técnicas
psicoterapéuticas | Concienciar sobre la
importancia que
tienen las creencias
en nosotros mismos,
que cuando son
irracionales
aparecen en forma
de pensamientos
automáticos, ante
cualquier estímulo
problemático,
generando malestar. | Reestructuración
cognitiva. | |

5. Disminuir la sintomatología ansiosa mediante la intervención psicológica, lo cual permita a los usuarios el reconocimiento de las situaciones que la generan.
- Generar un estado de relajación y disminución del malestar emocional, (síntomas depresivos).
- Entrenar al usuario en la técnica de respiración controlada la cual le permita reducir la activación fisiológica y, por tanto, a afrontar la ansiedad.
- Técnica de respiración controlada.
- Como reforzamiento de la técnica se le pedirá al usuario practicarla antes de dormir y por la mañana para iniciar la jornada de actividades.
6. Disminuir la sintomatología ansiosa mediante la intervención psicológica, lo cual permita a los usuarios el reconocimiento de las situaciones que la generan.
- Adquirir conocimiento sobre cómo manejar distintas conductas que generen ansiedad y tristeza, logrando reconectar a la persona con el presente y su entorno.
- Mindfulness a través método Grounding
7. Desarrollar la inteligencia emocional mediante la aplicación de técnicas y actividades psicoterapéuticas que permitan el
- Lograr que el usuario aprenda e identifique sobre las emociones básicas que experimenta en su diario vivir.
- Conocer y registre las respuestas
- Psicoeducación Tema: Las Emociones Básicas.
- Diario de registro Emocional.
- Se enviará a casa un diario con gráficos que representen las emociones básicas, el usuario al culminar el día deberá colocar un sticker en la

- incremento de la atención, claridad y reparación emocional en el usuario. emocionales que presenta el paciente frente a distintas situaciones de la vida cotidiana. emoción que predominó durante el día.
8. Desarrollar la inteligencia emocional mediante la aplicación de técnicas y actividades psicoterapéuticas que permitan el incremento de la atención, claridad y reparación emocional en el usuario. Brindar conocimiento sobre cómo enfrentar estados emocionales que impacten en su diario vivir. (relación, emoción y comportamiento) Actividad denominada ¿Qué puedo hacer? Se planteará situación que se presentan durante el día a día del usuario para poder proponer respuestas emocionales adecuadas a cada una de ellas
9. Desarrollar la inteligencia emocional mediante la aplicación de técnicas y actividades psicoterapéuticas que permitan el incremento de la atención, claridad y reparación emocional en el usuario. Fomentar la habilidad de expresar emociones de manera adecuada. Actividad denominada: Exprésate con Destreza. Se planteará situaciones con diferentes respuestas emocionales a las cuales el usuario buscará escoger la más adecuada
10. Mejorar la capacidad para establecer y Adquirir conocimiento sobre las habilidades Psicoeducación de habilidades sociales.

	mantener relaciones interpersonales saludables, dotándole al usuario herramientas para el manejo de habilidades sociales.	sociales y desarrollar una comprensión más profunda de cómo aplicar dichas habilidades en diversas interacciones sociales.	Modelado
		Lograr aprendizajes de interacción social a través de procesos de observación e imitación.	
11.	Mejorar la capacidad para establecer y mantener relaciones interpersonales saludables, dotándole al usuario herramientas para el manejo de habilidades sociales.	Entrenar al usuario en el desarrollo de habilidades sociales mediante el planteamiento de problemas que se presentan en la vida cotidiana	Resolución de problemas.
12.	Evaluar el progreso terapéutico realizado con el paciente desde la administración de la prueba inicial hasta la aplicación retest.	Determinar si las intervenciones o tratamientos aplicados han tenido un impacto significativo que haya contribuido a reestablecer la salud mental del usuario	Retest (Aplicación de instrumentos psicométricos): Escala de ansiedad de Hamilton. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Escala de Meta conocimiento

Emocional (TMMS-24), Escala de Habilidades Sociales (EHS)

- | | | | |
|-----|--|---|-------------------------------|
| 13. | <p>Evaluar la comprensión del paciente sobre las estrategias y habilidades aprendidas durante la terapia, así como identificar las herramientas de personalidad adquiridas por el paciente para la resolución de conflictos en su vida diaria.</p> | <p>Verificar que el paciente haya adquirido la información necesaria durante el proceso de evaluación, por medio de instrumentos y técnicas de retroalimentación.</p> | <p>Finalización y cierre.</p> |
|-----|--|---|-------------------------------|

Nota. La presente tabla hace referencia a los objetivos planteados con las diferentes técnicas aplicadas durante el proceso terapéutico.

2.1.3 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.

Sesión 1:

En esta sesión, el objetivo fue “Disminuir la sintomatología depresiva a través de diferentes técnicas psicoterapéuticas”. Para lograrlo, se utilizó la técnica de psicoeducación. Según Godoy et al. (2020), esta técnica es una forma efectiva de acercarse tanto a los pacientes como a sus familiares, proporcionando información clara y relevante sobre la enfermedad, los tratamientos disponibles y los pronósticos. Este enfoque se basa en la evidencia científica actual y está diseñado para abordar la patología de manera adecuada. Asimismo, menciona que la psicoeducación solo se trata de definir un diagnóstico, sino también es una manera de llevar a cabo situaciones de la vida cotidiana de manera adecuada, debido a que estas tienden a ser complejas. Finalmente se puede conceptualizar como una

herramienta de cambio, la cual involucra procesos cognitivos, biológicos y sociales, para lograr garantizar una autonomía y mejorar la calidad de vida.

Por otro lado, Tena Hernández (2020) menciona que la psicoeducación es un proceso por el cual la persona tiene la posibilidad de incrementar potencialidades individuales a través del descubrimiento de fortalezas, logrando adaptar situaciones de la vida cotidiana.

En la evaluación inicial, se realizó una observación meticulosa del paciente, evaluando su apariencia física y su estado emocional. Se constató que el paciente exhibía un adecuado aspecto físico, evidenciado por una vestimenta apropiada para su edad cronológica. Además, se procedió a indagar sobre su estado de ánimo, momento en el cual el paciente manifestó sentirse nervioso y alegre, atribuyendo estos sentimientos a su entusiasmo por iniciar su proceso terapéutico.

Para iniciar la sesión terapéutica, se empleó un recurso audiovisual titulado "Yo tenía un perro negro", diseñado específicamente para abordar la temática de la depresión y su progresión. Una vez finalizada la visualización del video, se emplearon imágenes complementarias para reforzar la información presentada, con el propósito de facilitar una comprensión más completa por parte del paciente. Este enfoque multimodal busca optimizar el proceso de aprendizaje y favorecer una internalización más efectiva de los conceptos abordados.

Sesión 2, 3 y 4:

En estas sesiones se buscó cumplir con el objetivo "Disminuir la sintomatología depresiva a través de diferentes técnicas psicoterapéuticas". Para ello se aplicó la técnica de reestructuración cognitiva la cual de acuerdo con Ruiz et al. (2012), esta técnica se basa en identificar y cambiar cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o auto verbalizaciones negativas), las cuales se encuentran manteniendo el problema.

Esta técnica se dividió en tres sesiones, en la primera sesión se inició con la creación de un entorno seguro y amigable creando un espacio donde el paciente se sienta cómodo para hablar sobre sus pensamientos, para ello usamos un lenguaje sencillo y claro, asegurándonos de que entienda todo lo que discutimos. Luego, explicamos la relación entre

pensamientos y emociones, utilizando ejemplos visuales y relaciones simples para mostrar cómo nuestros pensamientos pueden influir en cómo nos sentimos y nos comportamos. Para identificar pensamientos negativos, presentamos tarjetas con imágenes o palabras claves, se le pide al paciente que mencione lo que piensa o siente al verlas. También se proporcionó un cuaderno para que pueda graficar sus pensamientos negativos a lo largo de la semana, alentándolo a registrar sus sentimientos cuando experimente tristeza, enojo o ansiedad. Permitiendo explorar sus pensamientos en futuras sesiones y trabajar en estrategias para abordarlos.

En la segunda sesión de reestructuración cognitiva, se revisó el registro con los dibujos que recopilamos desde la última sesión para identificar cualquier pensamiento negativo que haya dibujado. Le pedimos que describa las situaciones asociadas con esos pensamientos y cómo se sintió en esos momentos para obtener un mejor contexto. Luego, se cuestionó la realidad de esos pensamientos negativos utilizando preguntas sencillas para ayudar al paciente a evaluar si son siempre verdaderos o si hay otras maneras de ver la situación. Se realizaron preguntas como “¿Siempre es así?”.

A continuación, se trabajó junto al paciente para reemplazar esos pensamientos negativos con alternativas más realistas y positivas. Para ayudar en este proceso se usó ejemplos visuales las cuales demostraron como cambiar los pensamientos puede influir en las emociones y el comportamiento. Finalmente, le pedimos a L.P que se imagine situaciones cotidianas donde pueda aplicar estos nuevos pensamientos y registre cómo se siente después de hacerlo.

En la tercera sesión de reestructuración cognitiva, se inició revisando el registro de la anterior sesión. Le pedimos a L.P que comparta cualquier cambio positivo que haya notado desde la última sesión, especialmente en relación con la práctica de pensamiento alternativos. Preguntamos sobre la aplicación de las estrategias discutidas anteriormente y qué resultados obtuvo.

Una vez que entendamos su experiencia reciente, reforzamos el uso de estrategias positivas. Por lo cual se animó al paciente a seguir practicando la reestructuración cognitiva,

destacando su importancia en momentos de estrés o cuando sienta algún tipo de malestar negativo. Se hizo nuevamente una retroalimentación sobre cómo es la aplicación de la técnica cuando enfrente desafíos emocionales o situaciones difíciles.

Al final la sesión, cerramos con un refuerzo positivo, agradeciendo a L.P por su participación y reconociendo el progreso que ha hecho. Se hizo uso de elogios positivos y se le recordó que la técnica puede ser aplicada en momentos de malestar.

Sesión 5:

En esta sesión se buscó cumplir con dos objetivos “Disminuir la sintomatología ansiosa mediante la intervención psicológica, lo cual permita a los usuarios el reconocimiento de las situaciones que la generan” y “Disminuir la sintomatología depresiva a través de diferentes técnicas psicoterapéuticas”, para ello se utilizó la técnica de respiración controlada, en la que (García et al., 2008), mencionan que la técnica de respiración controlada es un procedimiento, la cual pretende disminuir la respuesta fisiológica y manejar la ansiedad. Esta estrategia implica adquirir la habilidad de respirar de manera pausada: realizando entre 8 y 12 respiraciones por minuto (considerando que normalmente respiramos entre 12 y 16 veces por minuto), manteniendo un nivel de profundidad moderado y utilizando el diafragma en lugar de respirar únicamente con el pecho.

Para llevar a cabo la sesión, se eligió un lugar sin distracciones y se le explicó al paciente cómo se aplicaría la técnica de respiración controlada. Se siguieron los siguientes pasos: Se brindó una breve introducción sobre la técnica y los momentos adecuados para su aplicación. Con la ayuda de material didáctico (imágenes), se le explicó el proceso paso a paso. Una vez el paciente comprendió la técnica, se realizó la práctica. Demostré la técnica para que el paciente tuviera una mejor comprensión.

Pasos específicos para realizar la técnica:

- Se pidió al paciente que se sentara cómodamente.
- Se le indicó que cerrara los ojos lentamente.

- Se le pidió colocar una mano sobre el abdomen, con el dedo meñique justo por encima del ombligo.
- Durante la inspiración, el abdomen debía elevarse, y durante la espiración, debía volver a su posición original.
- Se instruyó al paciente a inhalar por la nariz y exhalar por la nariz o boca.
- Se sugiere inhalar por la nariz durante 3 segundos usando el diafragma y exhalar por la nariz o boca durante otros 3 segundos. Cada vez que lo realizaba, en su mente repetía “calma” o “tranquilo”, esto con la finalidad de favorecer una mejor relajación.

Sesión 6:

Durante esta sesión se pretendió cumplir con el objetivo “Disminuir la sintomatología ansiosa Mediante la intervención psicológica, lo cual permita a los usuarios el reconocimiento de las situaciones que la generan”. Para ello, se aplicó la técnica de Mindfulness, enfocándose en el método “grounding”.

El mindfulness es una técnica que implica prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgarlo, lo que puede reducir significativamente los síntomas de ansiedad y estrés (Kabat, 1994). El método grounding, por su parte, es una técnica que ayuda a la persona a reconectar con el presente a través del uso de sus sentidos, brindando una sensación de seguridad y estabilidad (Williams, 2015).

Para la aplicación de estas técnicas, se seleccionó un espacio tranquilo y seguro para el paciente, con el fin de generar comodidad y confianza. Se comenzó explicando el propósito de la técnica y cómo se llevaría a cabo, utilizando ejemplos concretos. Una vez adecuado el ambiente, se pidió al paciente que cerrara los ojos y se centrara en su respiración, con el objetivo de fomentar el reconocimiento de sus sentidos.

Posteriormente, se le solicitó que abriera los ojos y mencionara cinco cosas que pudiera ver, cuatro cosas que pudiera tocar describiendo cómo se sentían, tres elementos que pudiera oír, identificando voces, el sonido de los pájaros y la música, dos aromas

(utilizando una flor y una fruta) y, finalmente, que describiera el sabor de un caramelo (dulce, salado, vainilla, chocolate).

En relación con esta sesión, se obtuvieron resultados positivos, ya que el paciente logró diferenciar y conocer sus sentidos, mencionando que realizar la técnica le generó tranquilidad.

Sesión 7:

En esta sesión se pretende cumplir con el objetivo “Desarrollar la inteligencia emocional mediante la aplicación de técnicas y actividades psicoterapéuticas que permitan el incremento de la atención, claridad y reparación emocional en el usuario”, para ello se aplicó la técnica de psicoeducación, la cual ya fue mencionada y citada en la sesión 1.

Para su aplicación, se inició con la observación del estado físico del paciente el cual denotó un correcto aseo personal, asimismo se pudo distinguir expresión de nerviosismo.

Para llevar a cabo la sesión se buscó un espacio cómodo y en donde no se puedan presentar distracciones hacia el paciente.

Se realizó una adecuada presentación y se indicó el cual será la dinámica de la sesión.

1. Hacer que el paciente se sienta en un lugar cómodo.
2. Mencionarle que se va a llevar a cabo en la sesión.
3. Se realizó la pregunta de ¿Sabes qué son las emociones y qué emociones básicas existen?
4. Brindar información con evidencia científica, en donde se mencione qué son las emociones, y cuales emociones básicas existen.
 - 4.1 Para poder facilitar la comprensión del paciente se iba indicando por medio de imágenes las 5 emociones básicas (Enojo, miedo, tristeza, felicidad y asco)
 - 4.2 Cada vez que se indicaban las imágenes el paciente iba repitiendo después de mí cual es cada emoción.
 - 4.3 Se le pidió que señale cual dibujo representaba cada emoción que yo iba mencionando.

5. Se preguntó sobre lo que aprendió durante la sesión, en donde se pudo evidenciar dudas, para ello se volvió a retroalimentar.

Se envió a casa una tarea, la cual iba relacionada con un diario de emociones, en donde el paciente al culminar el día debía colocar un sticker en la emoción que predominó durante el día, teniendo en cuenta de que el registro estaba adaptado para su nivel de discapacidad.

Sesión 8

En esta sesión se buscó cumplir con el objetivo “Desarrollar la inteligencia emocional mediante la aplicación de técnicas y actividades psicoterapéuticas que permitan el incremento de la atención, claridad y reparación emocional en el usuario”. Para ello se utilizó una actividad denominada “¿Qué puedo hacer?”, en la que (Olmedo, 2013), menciona que esta actividad va enfocada en la emoción y en el comportamiento, lo que busca que la persona relacione la emoción con posibles conductas comportamentales que respondan a él. De la misma manera pretende enseñar a la persona estrategias para superar bloqueos emocionales.

Antes de iniciar con la aplicación de la segunda sesión se hizo una revisión se la tarea enviada “Diario de registro emocional”, lo que indicaba que la tristeza y felicidad son las que más predominaron durante la semana.

Una vez hecha la revisión se procedió con la aplicación de la actividad, para ello por medio imágenes se le pidió al paciente que vuelva a señalar cual es cada una de las emociones mencionadas en la técnica de la sesión 6.

Se le preguntó que como reacciona su cuerpo frente a cada una de ellas (ej. Tristeza – llorar). Por medio de ayuda de material didáctico se imprimieron imágenes de las emociones con sus respectivas conductas comportamentales. El paciente procedía a relacionar la emoción con la conducta.

Sesión 9:

En esta sesión se buscó cumplir con el objetivo “Desarrollar la inteligencia emocional mediante la aplicación de técnicas y actividades psicoterapéuticas que permitan el incremento

de la atención, claridad y reparación emocional en el usuario". Para ello se utilizó una actividad denominada "Exprésate con Destreza", en la que Olmedo (2013), menciona que la actividad pretende enseñar a que la persona se exprese de manera adecuada frente a situaciones de la vida cotidiana, partiendo principalmente que cada una de las emociones se puede manifestar de distintas formas con la finalidad de obtener diferentes reacciones. Pretendiendo el autocontrol.

Una vez conocidas las conductas comportamentales que manifiestan las emociones, se utilizó material didáctico en donde se imprimieron imágenes de situaciones en donde se podría manifestar la ira, tristeza, asco, miedo, felicidad.

Primero se le preguntó al paciente como él actuaría frente a la situación presentada, una vez conocida la respuesta, se le indicó tres imágenes más en donde cada una representaban una conducta y se le preguntó cuál cree él que sería la respuesta adecuada para dicha situación, en caso de que el paciente respondiera de manera incorrecta, se le indica cuál sería la correcta y el por qué, cada una de las situaciones antes mencionadas, representaba a las emociones básicas que el paciente ha ido conociendo durante las sesiones pasadas.

Sesión 10:

Durante esta sesión se pretendió cumplir con el objetivo "Mejorar la capacidad para establecer y mantener relaciones interpersonales saludables, dotándole al usuario de herramientas para el manejo de habilidades sociales". Para ello se utilizaron dos técnicas denominadas "psicoeducación" la cual ya fue mencionada en sesiones anteriores y el "modelado". Ruiz et al., (2012) menciona que esta técnica parte de los principios teóricos del aprendizaje observacional y vicario desarrollados por Bandura. El modelado cumple con 5 funciones en la implantación y desarrollo del comportamiento, entre ellas se encuentra:

- Aprender nuevas conductas.
- Promover e inhibir la realización de conductas en función de las consecuencias para el modelo.

- Incitar conductas.
- Motivas
- Modificar la valencia emocional.

De la misma manera el modelado se encuentra conformado por 3 fases como lo es:

1. Exposición: Esta fase se basa en la observación de la conducta, acciones u opiniones del modelo real o simbólico.
2. Adquisición: El observador adquiere la conducta del modelo. Teniendo en cuenta de que el paciente debe presentar atención al modelo, reteniendo la conducta o secuencia de conductas que se está llevando a cabo y podrá replicarla.
3. Aceptación / ejecución: Se realiza la ejecución de las conductas observadas y adquiridas. Es esencial destacar que observar un modelo y adoptar sus comportamientos no siempre resultan en la ejecución posterior de dichos comportamientos, o en caso de ejecutarlos, no garantiza que sean similares a los esperados, dentro de esta fase se encuentran 4 formas en las que el observador puede ser puede responder después de ser expuesto a un modelo.
 - 3.1 Imitación específica: El observador replica exactamente la conducta del modelo.
 - 3.2 Imitación general: El observador se comporta de manera similar al modelo, aunque no de manera idéntica.
 - 3.3 Contra- imitación específica: El observador realiza la acción opuesta a la del modelo.
 - 3.4 Contra- imitación general: El observador responde de manera diferente al modelo, aunque no necesariamente en la dirección opuesta.

Para aplicar las técnicas, comenzamos con una breve explicación sobre “qué son las habilidades sociales”, utilizando material didáctico como imágenes de personas interactuando ara facilitar la comprensión del paciente. Después de esta introducción, procedimos con la

técnica de modelado. Se mostraron imágenes de diferentes situaciones en las que el paciente podría interactuar con varias personas, enfocándonos en el contexto de “casa”.

Primero, se le indicó al paciente una forma adecuada de saludar a su madre, siguiendo instrucciones verbales y luego incorporando gestos, como agitar la mano. Tras demostrar el saludo, se le pidió que lo intentara por su propia cuenta. Luego de practicarlo, se le elogió con refuerzo positivo para motivarlo. A continuación, se le pidió que aplicara el mismo saludo con sus hermanos. Nuevamente se le demostró como debería hacerlo. Tras su éxito, se le reforzó su conducta con elogios.

Para cerrar la sesión, se realizó una retroalimentación sobre lo aprendido y le preguntamos si le gustaría practicar estas habilidades en otros contextos. Esta fase inicial permitió evaluar la comprensión del paciente y determinar áreas para practicar en el futuro.

Sesión 11:

Durante esta sesión se pretendió cumplir con el objetivo “Mejorar la capacidad para establecer y mantener relaciones interpersonales saludables, dotándole al usuario de herramientas para el manejo de habilidades sociales”. Para ello se utilizó la técnica de “resolución de problemas”, de acuerdo con Bados et al. (2014), el entrenamiento en resolución de problemas, se basa en apoyar a las personas para que identifiquen y solucionen el problema que enfrentan en la actualidad, los cuales pueden estar relacionados con comportamientos inadecuados. De la misma manera, se busca enseñar habilidades generales para lograr abordar futuros desafíos de manera más efectiva e independiente.

En la aplicación de la técnica de resolución de problemas, el primer paso fue identificar el problema. El paciente reconoció que tenía dificultades para iniciar conversaciones y para responder de manera adecuada a sus seres cercanos. Con el problema claramente definido, se procedió a generar posibles soluciones. El paciente sugirió varias ideas, como hablar de forma más adecuada con sus familiares, prestar más atención a las indicaciones de su madre y evitar enojarse con facilidad.

Una vez planteadas las soluciones, se evaluaron cuáles fueron las más efectivas. El paciente decidió sentarse en mejorar su comunicación con sus seres cercanos para reducir

los conflictos familiares. A partir de ahí, se trabajó en un plan para implementar estas soluciones, incluyendo la práctica de habilidades de comunicación y técnicas para gestionar la ira. Este enfoque permitió al paciente abordar el problema de manera estructurada y sentar las bases para mejorar sus relaciones interpersonales.

Sesión 12:

En la penúltima sesión se buscó cumplir con el objetivo “Evaluar el progreso terapéutico realizado con el paciente desde la administración de la prueba inicial hasta la aplicación retest”, para ello se realizó la aplicación de las pruebas psicométricas aplicadas el inicio de todo el proceso terapéuticos, con la finalidad evaluar el progreso del paciente y la efectividad de la intervención.

Sesión 13:

Como última sesión se pretendió cumplir con el objetivo “Evaluar la comprensión del paciente sobre las estrategias y habilidades aprendidas durante la terapia, así como identificar las herramientas de personalidad adquiridas por el paciente para la resolución de conflictos en su vida diaria”, para ello se aplicó el cierre terapéutico, el cual, indican que el cierre de la terapia es un momento crucial en el proceso psicoterapéutico, ya que representa un periodo lleno de significados tanto clínicos como emocionales que impactan no solo al paciente, sino también al terapeuta.

Para ello se hizo una breve revisión de los logros alcanzados durante la terapia, se dedicó tiempo a reflexionar sobre los desafíos superados y se reconoció es esfuerzo y compromiso de L.P a lo largo del proceso. Luego, se discutieron sobre algunas estrategias para mantener su progreso en el futuro y se aborde cualquier preocupación o emoción. Se concluyo con un mensaje de despedida positivo, recordando a L.P que puede aplicar las habilidades adquiridas y si es necesario volver a terapia.

Capítulo tres

Resultados

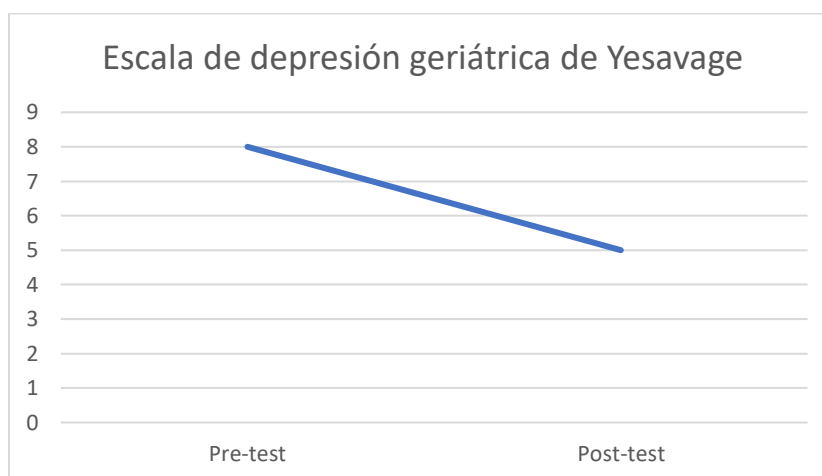
A continuación, se muestran los resultados obtenidos durante la terapia brindada al paciente, teniendo en cuenta el proceso de evaluación realizados, el diagnóstico y el tratamiento aplicado:

1.1. Análisis de resultados cuantitativos

Para el análisis cuantitativo, se aplicaron 5 reactivos, de los cuales 4 fueron utilizados para la evaluación post-tratamiento:

Figura 2

Resultados pre y pos-test, escala de depresión geriátrica Yesavage



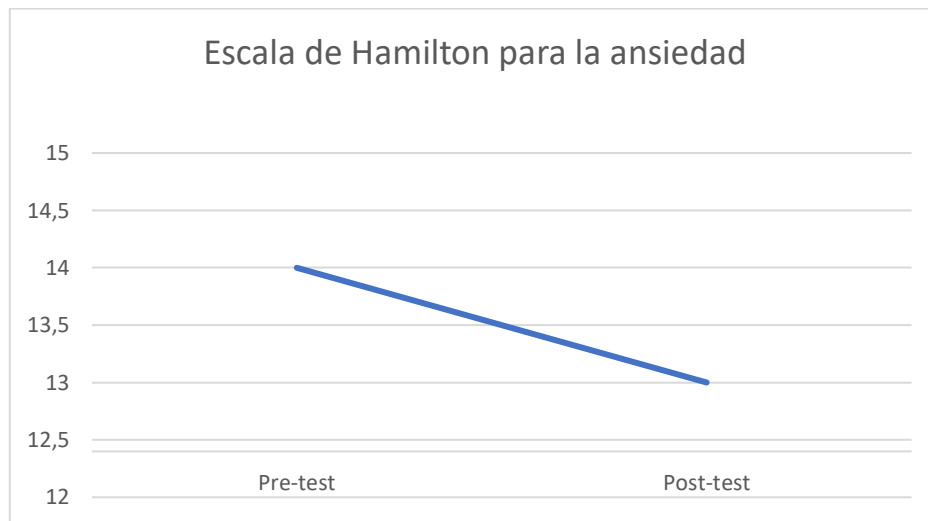
Nota. La presente gráfica representa los resultados pre y post test de la escala geriátrica Yesavage.

La gráfica previamente presentada en la (Figura 2) muestra que en el pre-test el paciente obtuvo una puntuación de 8 puntos, indicando una probable depresión. Por esta razón, se decidió abordar la reducción de los síntomas depresivos mediante técnicas como psicoeducación, reestructuración cognitiva, respiración controlada.

Después de implementar el tratamiento, se realizó un post-test utilizando el mismo instrumento, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, donde el paciente alcanzó una puntuación de 5 puntos, señalando una disminución notable en la sintomatología depresiva.

Figura 3

Resultados pre y post- tratamiento, Escala de Hamilton para la ansiedad.

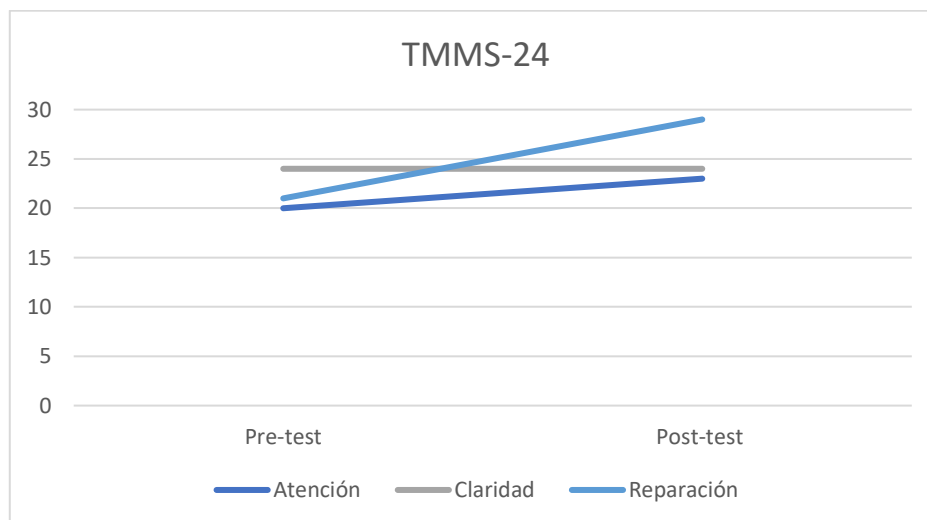


Nota. La presente gráfica representa los resultados pre y post test de la escala de Hamilton para la ansiedad.

Según los datos presentados en la gráfica previa (Figura 3), se observa una reducción en la sintomatología ansiosa. En el pre-test, el paciente obtuvo una puntuación de 14 puntos, indicando ansiedad moderada. En el post-test, la puntuación del paciente fue de 13 puntos, lo que hace referencia a una disminución de sintomatología, pero de acuerdo con los rangos de calificación, se sigue denominando como una ansiedad leve.

Figura 4

Resultados pre y post-tratamiento, TMMS-24

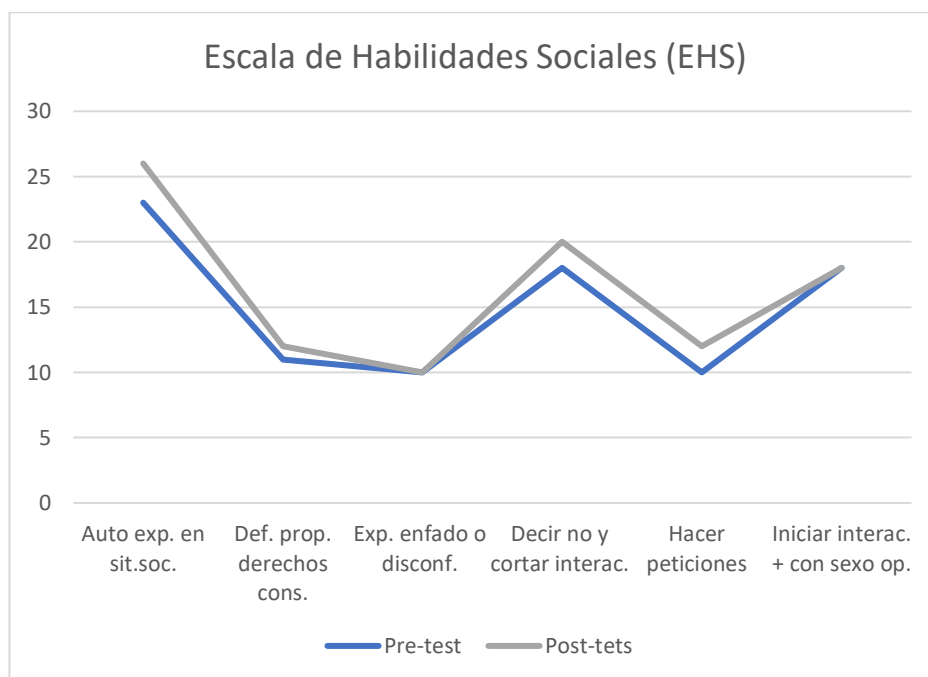


Nota. La presente gráfica representa los resultados pre y post test del TMMS-24.

De acuerdo con lo observado en la (Figura 4), se puede evidenciar una mejora en la inteligencia emocional, en específico, en la atención y la regulación emocional. En el pre-test, el paciente mostró una atención que necesitaba mejorar, con una puntuación de 20, mientras que en el post-test, esta puntuación aumentó a 23, indicando una atención emocional adecuada. Además, la capacidad de reparación emocional también mejoró notablemente, pasando de una puntuación de 21 en el pre-test, que requería mejoría, a una puntuación de 29 post-test, que indica una regulación emocional adecuada. Sin embargo, la dimensión claridad emocional, no mostró cambios significativos, esta se mantuvo en una puntuación de 24 en ambas pruebas, lo que sugiere que aún se necesita trabajar en mejorar su comprensión.

Figura 5

Resultados pre y post-tratamiento, Escala de Habilidades Sociales (EHS)



Nota. La presente gráfica representa los resultados pre y post test de la escala habilidades sociales (EHS)

De acuerdo con lo presentado en la gráfica anterior (Figura 5), se puede observar que el paciente ha presentado una mejora en varias facetas de habilidades sociales. Se encontró que la autoexpresión en situaciones sociales fue la dimensión con una mejora mayor de 3 puntos luego de la intervención. En cuanto a las dimensiones decir no y cortar interacciones, hacer peticiones presentaron puntajes superiores, de 2 puntos, en comparación a su evaluación inicial. Por último, no encontró cambios en las dimensiones de expresión de enfado o disconformidad, e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

1.2. Análisis de resultados cualitativos

Tabla 9

Resultados cualitativos

Conductas y aspectos con afectación inicial.	Se mantuvo (no hubo cambios)	Evolución (cambios parciales)	Se extinguió o se modificó.	Observación o razón.
Nerviosismo.			X	Inicialmente, el paciente exhibió signos evidentes de nerviosismo, como inquietud, dificultad para concentrarse y agitación física. A medida que avanzaban las sesiones, se observaría una disminución constante en la sintomatología del paciente, hasta su completa desaparición, lo que contribuiría a un aumento en su confianza y comunidad.
Estado de ánimo deprimido.		X		En las etapas iniciales del tratamiento, se identificó la presencia de un estado de ánimo deprimido en el paciente, caracterizado por la manifestación de

tristeza y una disminución significativa en los niveles de energía. A medida, que avanzaban las intervenciones terapéuticas, se observará un cambio notable en el paciente, quien comenzó a experimentar un aumento en los momentos de alegría durante la realización de sus actividades, Además, se notó una mejora en su nivel de energía, lo que se reflejó en su mayor participación en las actividades proporcionadas por el centro de discapacidad.

Nota. La presente gráfica representa los resultados cualitativos obtenidos durante la observación.

De acuerdo con lo presentado en la tabla 6, se puede observar una notable mejora en el paciente en términos de su nerviosismo y su estado de ánimo deprimido. Antes del tratamiento, el paciente mostraba signos de nerviosismo como inquietud, dificultad para concentrarse y agitación física; sin embargo, después del tratamiento, se ha observado una disminución significativa en estos síntomas. El paciente ahora exhibió una mayor tranquilidad y serenidad en su comportamiento, lo que sugiere una mejora en su capacidad para gestionar la ansiedad.

Además, en cuanto a su estado de ánimo deprimido, el paciente experimentaba síntomas como tristeza y una disminución significativa en los niveles de energía ante del tratamiento. Estos síntomas afectaban negativamente su calidad de vida y su participación en actividades sociales; sin embargo, después del tratamiento, se ha observado una mejora sustancial en su estado de ánimo. El paciente manifiesta una actitud más positiva, participando de manera activa en actividades sociales y expresando mayor interés y entusiasmo.

Discusión

En el presente trabajo se planteó disminuir la sintomatología depresiva a través de diferentes técnicas psicoterapéuticas, desarrollar la inteligencia emocional mediante la aplicación de técnicas y actividades psicoterapéuticas que permitan el incremento de la atención, claridad y reparación emocional en el usuario, disminuir la sintomatología ansiosa mediante la intervención psicológica, lo cual permita a los usuarios el reconocimiento de las situaciones que generan y mejorar la capacidad para establecer y mantener relaciones interpersonales saludables, dotándole de herramientas para el manejo de habilidades sociales.

Obteniendo como resultado, una disminución de sintomatología depresiva de manera eficaz, gracias a la implementación de diversas técnicas psicoterapéuticas, se pudo evidenciar un mejor control fisiológico, por medio de la técnica de respiración controlada; así mismo, se logró constatar una mayor claridad con respecto a la identificación de las emociones, finalmente se puede mencionar que hay mejora con respecto a las habilidades sociales, puesto que el paciente logró establecer límites saludables adecuados.

Solís García (2022) menciona que la discapacidad intelectual, tiene su origen antes de los 18 años y se caracteriza por restricción significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en el comportamiento adaptativo, manifestándose en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Además, esta discapacidad puede cambiar consideradamente según el apoyo que reciba.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, el presente caso se basó en un diagnóstico de “retraso mental grave o discapacidad intelectual grave”, “episodio depresivo leve”. Se utilizó un modelo integrativo basado en las investigaciones de Aguado (2021), quien señala que este método de intervención responde a las necesidades de integrar coherentemente distintos modelos teóricos para abordar los sistemas afectivos, cognitivos, conductuales, fisiológicos y relacionales que afectan a la persona. Este enfoque se elige debido a que las necesidades del individuo no siempre pueden ser completamente abordadas

por un solo enfoque terapéutico; además, se valoró la facilidad de adaptabilidad del tratamiento para enfrentar la problemática particular del presente caso.

El proceso de evaluación se llevó a cabo mediante entrevistas psicológicas, observación clínica y pruebas psicométricas, siguiendo las recomendaciones de Salguero et al. (2023), quienes destacan el papel crucial de la entrevista psicológica para recopilar información detallada y precisa. Se emplearon diversas pruebas psicométricas, entre las cuales se incluyó el Test Mini – Menta que de acuerdo con el estudio de Tapia et al. (2020) el test se considera para el diagnóstico de deterioro cognitivo; es por ello, que fue utilizado específicamente para evaluar las funciones cognitivas del paciente. Teniendo en cuenta de que la prueba es aplicada en población geriátrica, por ende, es breve y de fácil aplicación, se demostró especialmente adecuada para personas con discapacidad intelectual, permitiendo así una evaluación efectiva del malestar presente en el paciente. Se demostró una fácil comprensión de cada uno de los ítems.

De la misma manera, se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, que de acuerdo con el estudio realizado por Cordero Sánchez et al. (2014), esta escala es aplicada de la misma manera a población geriátrica, ya que cuenta con 15 preguntas dicotómicas, las cuales evitan la disminución de concentración y el cansancio del adulto mayor, es por ello que, se tomó en cuenta para la aplicación en paciente con discapacidad intelectual.

Con respecto a la Escala de Hamilton para la Ansiedad, Mosquera Punina (2023) menciona en su estudio, que dicha herramienta se utiliza para medir tanto la ansiedad en general como la ansiedad psíquica y somática. Por lo tanto, fue de gran utilidad aplicarla en la presente evaluación con paciente con discapacidad intelectual, ya que proporcionó resultados claros y fue fácil de adaptar para que el paciente la comprendiera mejor.

La medición de la inteligencia emocional, se llevó a cabo por el Trait Meta- Mood Scale – 24, en donde Gonzalez et al (2020) dan a conocer que dicha herramienta permite la obtención de un índice que valora el conocimiento que cada individuo tiene sobre sus propios estados emocionales, ofreciendo una estimación personal sobre aspectos positivos de la experiencia emocional, de la misma manera evalúa tres dimensiones de gran utilidad como

lo es la atención emocional, claridad emocional, reparación emocional. Siendo de gran ayuda, puesto que las personas con discapacidad intelectual no presentan una buena comprensión sobre sus emociones.

Con respecto a las habilidades sociales se hizo uso de la Escala de Habilidades Sociales (EHS), la cual de acuerdo con el estudio de Gismero (2002), demostró que es un instrumento confiable y válido, asimismo menciona que las habilidades sociales son un conjunto de capacidades que permiten establecer relaciones adecuadas con los demás, es por ello que se tomó en cuenta con respecto a la aplicación en personas con discapacidad, puesto que, es esencial el desarrollo de estas habilidades, ya que su capacidad para relacionarse puede verse afectada por su entorno y su situación de discapacidad.

De acuerdo con lo antes mencionado sobre el uso de los instrumentos detallados, se puede evidenciar una eficacia en su aplicación, debido a que han sido utilizados en diversos estudios como el de Cordero Sánchez et al (2014), Gismero (2002), Mosquera Punina (2020), Tapia et al (2020), Desatacando la capacidad para utilizar y adaptar dichos instrumentos sin dificultad a las necesidades que presenta el paciente, por lo cual se obtienen resultados importantes y fundamentales para tratamiento posterior.

El caso fue llevado a cabo a través de 13 sesiones utilizando una intervención integrativa, la cual incluyó diversas técnicas y actividades adaptadas al paciente. Entre ellas se encuentra la psicoeducación, reestructuración cognitiva, respiración controlada y mindfulness. Estas técnicas se enfocaron específicamente en la disminución de la sintomatología en trastornos emocionales.

Según estudios realizados por Burgos et al. (2006), Cabrera y Horwitz (2018), Calderón y Caballo (2018) y Menárguez et al. (2016), estas técnicas han demostrado ser altamente efectivas en la reducción de los síntomas. Esto se debe a su capacidad de adaptarse a las necesidades del paciente, como en este caso en particular, donde fueron ajustadas para una persona con discapacidad intelectual. Además, se utilizó material didáctico con el fin de mejorar la comprensión del paciente (Roque et al., 2022). Esta adaptabilidad y personalización de las técnicas terapéuticas resultaron clave en el éxito de la

intervención, facilitando así la reducción significativa de la sintomatología emocional en el paciente.

En el caso específico del paciente con discapacidad intelectual, se implementaron actividades basadas en el estudio Serna (2013), diseñadas para mejorar la comprensión y desarrollo de la inteligencia emocional. Estas actividades incluyen técnicas adaptativas y material didáctico, facilitando así la asimilación de conceptos emocionales complejos. La adaptación y personalización de estas técnicas fueron fundamentales para lograr mejoras significativas en la capacidad del paciente para comprender y gestionar sus emociones, teniendo en cuenta que este enfoque integrativo no solo promovió el desarrollo de la inteligencia emocional, sino que también facilitó una mejor conexión interpersonal e intrapersonal, fortaleciendo las habilidades emocionales esenciales para el bienestar general del paciente.

El estudio de Gómez et al. (2013), señala que el uso de la técnica de modelado para mejorar las habilidades sociales en personas con discapacidad intelectual es eficaz, ya que facilita el aprendizaje mediante la observación y la imitación. Esta técnica proporciona ejemplos concretos y visuales, lo cual justifica su implementación en el estudio de caso. Los resultados obtenidos fueron positivos, demostrando una mejoría significativa en el establecimiento de límites saludables

En su estudio Arráez (2020) menciona que, en la resolución de conflictos, las personas con discapacidad intelectual enfrentan dificultades en los procesos de pensamiento debido a la corta retención de información en la memoria de trabajo. Esto puede dificultar la generalización y transferencia de lo aprendido a otras situaciones. Sin embargo, en el caso de estudio presente se observó un buen manejo en la resolución de conflictos, a pesar del porcentaje de discapacidad del paciente. Esto se logró mediante una adecuada aplicación de la técnica, adaptada a las distintas necesidades individuales, lo que evidencia una mejor comprensión en el paciente.

Finalmente, como resultado de la intervención psicológica, se observaron mejoras significativas en el estado anímico del paciente. Además, la técnica de respiración controlada

ayudó a reducir su malestar fisiológica. Asimismo, se evidencia una mejora en sus relaciones con los compañeros, atribuible a la implementación de límites y una expresión verbal adecuado. Estos cambios fueron evaluados mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton, Escala de depresión geriátrica de Yesavage, el TMMS-24 y la Escala de Habilidades Sociales (EHS), utilizados para el diagnóstico.

Los resultados positivos fueron obtenidos gracias a la adecuada selección y aplicación de las técnicas psicoterapéuticas. Estas fueron empleadas de manera didáctica, lo cual permitió al paciente una mejor comprensión de las mismas y facilitó el logro de los objetivos planteados en cada sesión. Además, se realizó una retroalimentación adecuada al finalizar cada sesión, para verificar la comprensión y abordar cualquier duda presente.

Sin embargo, es importante reconocer las limitaciones presentes en este estudio. Se enfrentan dificultades en la adaptabilidad de las técnicas, así como la necesidad de constancia, esfuerzo, paciencia y dedicación para lograr resultados positivos. Por otra parte, se identificó una falta de información teórica profunda, ya que existen pocas investigaciones relacionadas con la problemática.

Se recomienda una búsqueda bibliográfica adecuada para buenos resultados en estudios futuros. Asimismo, es crucial adapta el entorno a las capacidades del paciente, asegurándose de que no haya distractores cercanos. Además, ajustar las técnicas utilizadas para mejorar la comprensión, incluyendo el uso de material didáctico como imágenes y juegos lúdicos, entre otros, para la obtención de un resultado más favorable.

Por consiguiente, se puede afirmar que este trabajo es de gran relevancia, ya que proporciona información crucial sobre el manejo efectivo de técnicas psicoterapéuticas adaptadas a personas con discapacidad intelectual. Se enfoca específicamente en la reducción del malestar emocional, la mejora de las habilidades sociales y la resolución de conflictos. Además, este estudio destaca la importancia del modelo integrativo en la cual se incluyó la terapia cognitivo – conductual y un enfoque socioemocional, demostrando un proceso favorable y obteniendo resultados positivos en el tratamiento de esta patología.

Conclusiones

Mediante el uso apropiado de herramientas de evaluación psicológicas como entrevistas psicológicas, observación clínica y pruebas psicométrica, como Minimental, Escala de Habilidades Sociales (EHS), TMMS-24, Escala de Ansiedad de Hamilton, Escala Geriátrica de Yesavage, se logró realizar un diagnóstico preciso y adaptado a la condición del paciente.

La evaluación realizada facilitó la deducción de un diagnóstico preciso, permitiendo identificar las necesidades individuales del paciente y elaborar un plan terapéutico específico. El paciente presentó un diagnóstico de episodio depresivo leve (F32.0), el cual está caracterizado por la siguiente sintomatología: pérdida de interés o de la capacidad de disfrute en actividades que normalmente eran placenteras, disminución de la energía o aumento de la fatiga, quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o validación, cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva, cualquier tipo de alteración en el sueño, cambio de apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso, lo que corrobora la conclusión diagnóstica.

El modelo integrativo utilizado en este caso, que combina técnicas cognitivo – conductuales y enfoques socioemocionales, mostró ser efectivo para la intervención. Esto resultó en mejoras significativas a nivel conductual como emocional, demostrando la utilidad de adaptar la intervención terapéutica a las características y necesidades del paciente.

Recomendaciones

Se recomienda emplear un proceso de evaluación similar al descrito en el presente estudio en personas con discapacidad intelectual para llegar a un diagnóstico más preciso. Este proceso debe incluir pruebas adecuadas para evaluación de funciones mentales, así como pruebas específicas para abordar la sintomatología depresiva, como la Escala Geriátrica de Yesavage. También es importante evaluar la inteligencia emocional del paciente con el fin de comprender sus emociones por medio del TMMS-24 y abordar el manejo adecuado de habilidades sociales, utilizando herramientas como la Escala de habilidades sociales (EHS).

Se sugiere adoptar un modelo integrativo de intervención que combine técnicas cognitivo- conductuales y enfoque socioemocionales. Este enfoque ha demostrado ser efectivo para la intervención en personas con discapacidad intelectual, resultando en mejoras significativas tanto a nivel conductual como emocional. La personalización de las intervenciones de acuerdo con las características y necesidades del paciente es crucial para su éxito.

Asimismo, es fundamental buscar técnicas o actividades que sean adaptables a las capacidades individuales del paciente, con el objetivo de obtener resultados positivos. Además, realizar retroalimentación al finalizar cada sesión es crucial para mejorar la comprensión del paciente y permitir que pueda aplicar lo aprendido en su vida diaria. Esta práctica no solo refuerza el aprendizaje, sino que también promueve el desarrollo continuo del paciente.

Referencias

- Arias, P. R., Gordón-Rogel, J., Galárraga-Andrade, A., y García, F. E. (2022). Propiedades Psicométricas de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) en Estudiantes Ecuatorianos. *Revista AJAYU*, 20(2), 273–287. <https://doi.org/10.35319/ajayu.202110>
- Arráez, T. (2020). Psicología de los procesos cognitivos y la resolución de problemas en educandos con discapacidad intelectual y del desarrollo. *Revista Ecuatoriana de Psicología*, 3(5), 46–59. <https://doi.org/10.33996/repsi.v3i5.32>
- Bados López, A., y García, E. (2014). Resolución de problemas. Universidad de Barcelona. <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%c3%b3n%20problemas.pdf>
- Bleger, J. (1964). *La entrevista psicológica*. Temas de psicología (entrevista y grupos).
- Boluarte Carbajal, A. (2019). Factores asociados a la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual. *Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 36, núm. 1. <https://doi.org/https://doi.org/10.16888/interd.2019.36.1.13>
- Borja, L. (2004). Fundamentos Psicométricos en la Evaluación Psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(4), 23–43. https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25751w/L1PG110_S4_R1.
- Burgos Varo, M., Ortiz Fernández, M., Muñoz Cobos, F., Brga Gutiérrez, P., y Baerdallo Aragón, R. (2006). Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 32(5), 435–442. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(06\)73258-0](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(06)73258-0)
- Cabrera, J., y Horwitz Barak, J. (2018). Psicoeducación en trastorno bipolar: Programa de Enfermedades Afectivas (PEA). *Psiquiatría y Salud Mental*, 35(3/4), 196–206. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1000340/7-psicoeducacion-en-t-bipolar-de-e-afectiva-pea-j-cabrera.pdf>
- Calderón Vicente, R., y Caballo Escribano, 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://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6450108>

- Campo Brasoain, A., Hernández Fabián, A., Pérez Villena, A., Toledo Gotor, C., y Fernández Perrone, A. (2022). Discapacidad intelectual. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 19(4), 240–241. [https://doi.org/10.1016/s1134-2072\(12\)70363-8](https://doi.org/10.1016/s1134-2072(12)70363-8)
- Capurro N, D., y Rada G, G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista Médica de Chile*, 135(4), 534–538. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872007000400018>
- Cordero Sánchez, C., García Madrid, G., Flores Merlo, M., Báez Hernández, F. J., Torres Reyes, A., & Zenteno López, M. Á. (2014). Depressive Symptoms Versus Depression in Older Adults in a Rural Community. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 321–327. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i3.79>
- Corea, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(1), 46–52. <https://doi.org/https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- Coronel, C. P. (2018). Problemas emocionales y de comportamiento en niños con discapacidad intelectual. *Diversitas*, 14(2), 351–362. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0014.11>
- Cuesta, J. L., de la Fuente, R., y Ortega, T. (2019). Discapacidad intelectual: una interpretación en el marco del modelo social de la discapacidad. *Controversias y Concurrencias Latinoamericanas*, 11(18), 85–106. <https://riubu.ubu.es/handle/10259/7880>
- De la Serna, J. M. (2018). El diagnóstico diferencial en la Psicología Clínica. In *Entrenamiento en habilidades básicas del psicólogo clínico-sanitario: Descubre cómo empezar en el ámbito de la Salud Mental* (pp. 58–77). <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.13508028>
- Díaz Novás, J., Gallego Machado, B., y León González, A. (2006). El diagnóstico médico: Bases y procedimientos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252006000100007&script=sci_arttext
- Díaz Sanjuán, Lidia (2011). La observación. *Facultad de psicología*, UNAM. https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf
- 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\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- García, E, Fusté, A, y Bados, A. (2008). Manual de Entrenamiento en Respiración. *Universidad de Barcelona*. 1-10.
<http://hdl.handle.net/2445/3941%5Cnhttp://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/3941>
- Godoy, D, Eberhrd, A, Abarca, F, Acuña, B y Muñoz, R (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familias. *Revista Médicas Clínicas Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Gómez, V. G. (2013). *Programa para la Prevención de la Pérdida de Habilidades Sociales en Personas con Discapacidad Intelectual* [Tesis de grado. Universidad Zaragoza]. Repositorio Institucional de Documentos ZAGUAMA.
<https://zagan.unizar.es/record/11522/files/TAZ-TFG-2013-590.pdf>
- Gonzalez, R., Custodio, J. B., y Abal, F. J. P. (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>
- Gutiérrez Recacha, P., y Martorell Cafranga, A. (2011). Las personas con discapacidad intelectual ante las TIC. *Comunicar: Revista Científica de Comunicación y Educación*, 18(36), 173-180. http://educa.fcc.org.br/scielo.php?pid=S1988-32932011000200021&script=sci_abstract
- Kabat - Zinn, J. (1994). *Where you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion
- Lardoeyt, R., Haydee Rodríguez Guas, I., Osvaldo Pérez Estévez, I., Milton Jijón Arguello, I., Regla Rodríguez Pujal, I., Hilda Hernández Madera, V., Sonia Best Constanten VII, V., & Gámez Fonseca VIII, M. (2011). Genetic etiology in the origin of mental disability in the Republic of Ecuador. *Rev Cubana Genet Comunit*, 5(3), 44–49.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDREVISTA=321&IDARTICULO=52317&IDPUBLICACION=532>

- Liaoi, P., Vajdic, C., Trollori, J., & Reppermund, S. (2021). Prevalence and incidence of physical health conditions in people with intellectual disability - A systematic review. *PloS ONE*, 16(8 August), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256294>
- López Palma, A., Benítez Hurtado, X., Leon Ron, M., Maji Mozo, P., Dominguez Montoya, D y Baez Quiñónez, D. (2019). La observación. Primer eslabon del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1817-59962019000200014&script=sci_arttext
- Martínez de la Iglesia, J., Onís Vilches, M., Dueñas Herrero, R., Albert Colomer, C., Aguado Taberné, C., y Luque Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620–630. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1131-57682002001000003&script=sci_arttext&tlng=en
- Menárguez, V. A., Marín, P. V. G., y Benito, J. M .G. (2016). Intervención cognitivo-conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 3, 45–52. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288640>
- Mosquera Punina, K. F. (2023). *Estrategias de relajación para prevenir trastornos de ansiedad en los cuidadores de personas con discapacidad física e intelectual* [Tesis de maestría, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio Digital UTA. <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/40252>
- Roque Aguilar, D., Jústiz Guerra, M. M., y Martínez Gonzalez, L. G. (2022). Materiales didácticos para la estimulación cognitiva de escolares con Discapacidad Intelectual Leve. *EduSol*, 22(78), 125-140. [ttp://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-80912022000100125&script=sci_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-80912022000100125&script=sci_arttext)
- Ruiz, A., Díaz, I., & Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. In Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. <https://doi.org/B1-3308-2011>
- Salguero Carrillo, Yoskatya María Mollonado Bailon, A. L., y Vásquez Calderón, K. N. (2023).

La entrevista semiestructurada en psicología forense: Una herramienta crucial para la evaluación en niñez y adolescencia. *Revista Científica Diálogo Forense*, 4(8).
<http://revistasguatemala.usac.edu.gt/index.php/df/article/view/1919>

Sarango, C. G. R., Palacios, M. S. S., Córdova, T. D. A., Jaen, J. J. M., y Cárdenas, V. T. N. (2022). Prevalencia de depresión y factores asociados, en estudiantes de Medicina, Cuenca - Ecuador, 2019. *South Florida Journal of Development*, 3(2), 1661–1670.
<https://doi.org/10.46932/sfjdv3n2-129>

Serna Olmedo, L (2013). *Intervención socioemocional en parálisis cerebral mediante plaphoons*. [Tesis de grado, Universidad de Valladolid]. uVa doc.
<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/3938>

Solís García, P. (2022). Las personas con discapacidad intelectual ante el covid-19: una revisión sistemática. *En - claves del Pensamiento*, 16(31).
<https://doi.org/10.46530/ecdp.v0i31.500>

Tapia Cerda, V. D. C., Llamuca Quinaloa, J. G., Miranda Caisaluisa, J. L., y Macías Guamangate, Y. K. (2020). Test Minimental para el diagnóstico temprano del deterioro cognitivo. *INNOVA Research Journal*, 5(3),13).
<https://doi.org/10.33890/innova.v5.n3.1.2020.1544>

Tena Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *Revista Científico - Sanitaria SANUM.*, 4(3), 36–45.
https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf

Vélez Gómez, P, y Restrepo Ochoa, D. (2008). El proceso de terminación en psicoterapia de tiempo limitado: Aspectos clínicos y técnicos. *CES Psicología*, 1(2), 58-68.
<https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/80>

Williams, M & Penman, D. (2011). *Mindfulness: A Practical Guide to Finding in a Frantic World*. Piatkus.

Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., y Leirer, V. (1982). Desarrollo y validación de una escala de detección de depresión geriátrica: un informe preliminar. *Revista de Investigación Psiquiátrica.*, 17(1), 37–49. <https://doi.org/10.1016/0022->

3956(82)90033-4

Zúñiga, J., Lara, G y Pérez, O. (2019). Propiedades Psicométricas del Trait Mrta - Mood Scale (TMMS-24) en Adolescentes de Chiapas, México. *European Scientific Journal, ESJ*, 15(16), 280. <http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n16p280>