



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

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

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Intervención Psicoterapéutica Integradora para un Caso de  
Depresión Mayor Moderada en un Centro Residencial de  
Adultos Mayores**

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

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Autora:** Veintimilla Torres, Yusibeth Geraldine

**Director:** Macas Ordoñez, Eugenio Fabian

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, 25 de septiembre de 2024

Magíster.

Eugenio Fabian Macas Ordoñez

**Director de la carrera de Psicología Clínica**

Ciudad.-

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Titulación denominado: Intervención Psicoterapéutica Integradora para un Caso de Depresión Mayor Moderada en un Centro Residencial de Adultos Mayores realizado por Yusibeth Geraldine Veintimilla Torres ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Eugenio Fabian Macas Ordoñez, Magíster

C.I.: 1104497811

Correo electrónico: efmacas33@utpl.edu.ec

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

Yo, Yusibeth Geraldine Veintimilla Torres, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:  
Ser autor del Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención Psicoterapéutica Integradora para un Caso de Depresión Mayor Moderada en un Centro Residencial de Adultos Mayores de la carrera de Psicología clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: Esta tesis se estructura en tres capítulos principales: Capítulo uno, Marco teórico; Capítulo dos abarca Metodología; Capítulo tres contiene Resultados, discusión, conclusión y recomendación; siendo Mgs. Eugenio Fabian Macas Ordoñez, 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: Yusibeth Geraldine Veintimilla Torres

C.I.: 1150268405

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

## **Dedicatoria**

La presente tesis está dedicada con mucho amor, cariño y gratitud a:

Agradezco profundamente a mis guías espirituales, representados por la Divinidad, a Dios, la Virgen Santísima y el Espíritu Santo, cuyas enseñanzas han sido pilares fundamentales de fe y sabiduría en mi vida. Su influencia ha sido determinante en la culminación exitosa de mi carrera y en el desarrollo de mi identidad profesional.

A mi madre que es mi guía y mi ejemplo de inspiración, a mi padre que está en el cielo, por haberme brindado sus consejos y ser mi fuente de valentía. Que desde el cielo me acompaña y me protege.

A mis hermanos que son mi ejemplo a seguir, por brindarme su amor incondicional, su aliento constante, que ha sido mi mayor motivación.

Y, al resto de mi familia y amigos, por llenarme de imborrables momentos de felicidad.

A mí persona, por la capacidad de resiliencia, esfuerzo y dedicación manifestados a lo largo de la fase de formación académica. Este logro es el resultado del compromiso, sacrificio, la pasión por alcanzar mis objetivos.

## **Agradecimiento**

Mis más sinceros agradecimientos a la titulación de Psicología Clínica de la Universidad Técnica Particular de Loja, la misma que me ha proporcionado oportunidades enfocadas a mi realización profesional, y por su gran competencia en la calidad de docentes que colaboran en dicha alma mater, los mismos que proveen de conocimientos y alimentan la sabiduría a los futuros profesionales, de manera especial a mi director de tesis Eugenio Fabian Macas Ordoñez, quien me ha brindado de su tiempo, dedicación y supervisión durante el presente trabajo, mostrando su apoyo en lo que he necesitado y a la paciente del presente caso clínico, misma que ha autorizado utilizar su información para contribuir en el campo de la psicología.

A mis padres, por acompañarme en mi proceso académico y ser quienes me han guiado en el establecimiento de mis metas y propósitos. A mis hermanos, por el apoyo emocional, cariño y motivación. A todos, por brindándome ánimo y sostenerme en los momentos más difíciles. Su compañía ha potenciado mi capacidad para alcanzar este logro académico.

Mi eterno agradecimiento a todos ustedes.

Con afecto y gratitud,

Yusibeth Geraldine Veintimilla Torres

## Índice de contenido

|   |     |
|---|-----|
| Carátula.....   | I   |
| Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular .....         | II  |
| Declaración de autoría y cesión de derechos .....                           | III |
| Dedicatoria.....  | V   |
| Agradecimiento .....  | VI  |
| Índice de contenido.....  | VII |
| Resumen .....   | 1   |
| Abstract.....   | 2   |
| Introducción.....   | 3   |
| Capítulo uno .....  | 7   |
| Marco teórico.....  | 7   |
| 1.1 Presentación del caso.....  | 7   |
| 1.1.1 <i>Identificación del paciente</i> .....                              | 7   |
| 1.1.2 <i>Motivo de consulta</i> .....                                       | 8   |
| 1.1.3 <i>Historia del problema y descripción de la sintomatología</i> ..... | 9   |
| 1.2 Proceso de evaluación.....  | 11  |
| 1.3 Proceso diagnóstico .....   | 19  |
| 1.3.1 <i>Diagnóstico presuntivo</i> .....                                   | 20  |
| 1.3.2 <i>Diagnóstico diferencial</i> .....                                  | 21  |
| 1.3.3 <i>Diagnóstico definitivo</i> .....                                   | 22  |
| Capítulo dos.....   | 26  |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Metodología .....</b>   | <b>26</b> |
| <b>2.1 Tratamiento/Intervención .....</b>  | <b>26</b> |
| <b>2.1.1 <i>Objetivos terapéuticos</i> .....</b>   | <b>26</b> |
| <b>2.1.2 <i>Plan de tratamiento/intervención</i> .....</b>                               | <b>27</b> |
| <b>2.1.2.1 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico</b><br>..... | <b>32</b> |
| <b>Capítulo tres .....</b>   | <b>44</b> |
| <b>Resultados .....</b>  | <b>44</b> |
| <b>Discusión .....</b>   | <b>48</b> |
| <b>Conclusiones.....</b>   | <b>53</b> |
| <b>Recomendaciones.....</b>  | <b>54</b> |
| <b>Referencias.....</b>  | <b>55</b> |

#### Índice de tablas

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Tabla 1 Trastorno depresivo de tipo moderado .....</b> | <b>23</b> |
| <b>Tabla 2 Plan Terapéutico .....</b>                     | <b>27</b> |
| <b>Tabla 3 Resultados cuantitativos .....</b>             | <b>44</b> |

#### Índice de figuras

|                                |          |
|--------------------------------|----------|
| <b>Figura 1 Genograma.....</b> | <b>8</b> |
|--------------------------------|----------|

## **Resumen**

La presente investigación muestra el caso de una adulta mayor de 87 años, atendida por presentar síntomas de trastorno de depresión mayor de tipo moderado, caracterizado principalmente por tristeza persistente. El proceso de evaluación consistió en 4 sesiones, iniciando con una entrevista estructurada acompañada de distintos instrumentos psicológicos como Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA), Escala de Depresión Geriátrica de Yesaavage (GDS-15), Test de Soledad de UCLA y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2). El tratamiento se basó en un enfoque terapéutico integrador, combinando técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual (psicoeducación, reestructuración cognitiva, imaginación guiada, respiración cuadrática y autoinstrucciones), de la Terapia de Aceptación y Compromiso (técnica de valores personales), y del enfoque humanista (técnicas de reminiscencia). Tras la intervención se pudo evidenciar cambios en la paciente, como la reducción de los sentimientos de tristeza, soledad y aumento de la autoestima.

Palabras clave: tristeza, trastorno de depresión mayor, terapia cognitivo conductual.

### **Abstract**

The present investigation shows the case of an adult over 87 years of age, treated for presenting symptoms of moderate major depressive disorder, characterized mainly by persistent sadness. The evaluation process consisted of 4 sessions, beginning with a structured interview accompanied by different psychological instruments such as the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), the Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS-15), the UCLA Loneliness Test and the Depression Inventory of Beck (BDI-2). The treatment was based on an integrative therapeutic approach, combining techniques from Cognitive Behavioral Therapy (psychoeducation, cognitive restructuring, guided imagination, quadratic breathing and self-instructions), Acceptance and Commitment Therapy (personal values technique), and the humanistic approach (reminiscence techniques). After the intervention, changes were evident in the patient, such as a reduction in feelings of sadness, loneliness and increased self-esteem.

Keywords: sadness, major depressive disorder, cognitive behavioral therapy.

## Introducción

El trastorno de depresión mayor representa un problema significativo de salud mental que impacta negativamente en la vida de quienes lo padecen, especialmente en población adulta mayor. A nivel global, la prevalencia de la depresión en la población de adultos mayores se estima en un 7.5% con una mayor prevalencia en las mujeres, alcanzando un 9.2%, en contraste con los hombres, quienes presentan un 5.8% (World Health Organization, 2021; Global Burden of Disease Study, 2020).

Aunque estas cifras ofrecen una visión general del problema a nivel mundial, es fundamental considerar que la prevalencia de la depresión puede variar notablemente entre diferentes regiones. Esta variabilidad en las tasas de depresión resalta la importancia de analizar datos regionales para obtener una comprensión más completa de la magnitud del problema.

A nivel regional, la prevalencia de depresión en adultos mayores varía significativamente. En América Latina y el Caribe se calcula en aproximadamente 4.8%, mientras que en Europa oscila entre el 8% y el 16% dependiendo del país. En Asia la variación es aún más amplia, desde el 3% hasta el 35%. En Ecuador la situación es particularmente preocupante. Un estudio realizado por Caiza y Vega (2021) reveló que la prevalencia de cualquier tipo de depresión en adultos mayores alcanza un 35.4%, con un 8.7% presentando depresión moderada y un 3% depresión severa.

El trastorno de mayor de tipo moderado, foco de este estudio, presenta síntomas más intensos que la depresión leve, pero no tan graves como la depresión severa. Según la American Psychiatric Association (APA, 2013), este trastorno afecta significativamente la capacidad del individuo para realizar sus actividades diarias, impactando negativamente en las tres áreas significativas en la vida de las personas, como es en su trabajo o estudio, vida social y relaciones personales. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), clasifica los síntomas típicos de un trastorno depresivo, con un estado de ánimo deprimido persistente, pérdida de interés en actividades, cambios en

peso o apetito, problemas de sueño, agitación o retraso psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para concentrarse y pensamientos suicidas.

Este tipo de trastorno se comprende teóricamente a través del modelo biopsicosocial, que considera la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Los factores biológicos pueden incluir predisposición genética y desequilibrios químicos, mientras que los psicológicos abarcan pensamientos negativos y baja autoestima. Los factores sociales, como el aislamiento y el estrés económico, también juegan un papel crucial (Blazer & Hybels, 2005). En adultos mayores, estos factores se acentúan debido a desafíos como la pérdida de seres queridos, la disminución de la salud física y los cambios en roles sociales y económicos, lo que incrementa la vulnerabilidad a la depresión (Fiske et., al 2009).

El impacto de la depresión mayor moderada en adultos mayores es multifacético. Afecta la salud mental y física, incrementando el riesgo de otras enfermedades mentales y físicas (Blazer & Hybels, 2005). Respecto a la funcionalidad social y laboral, las personas con depresión moderada pueden tener dificultades para mantener relaciones interpersonales saludables y enfrentarse a problemas en el desempeño laboral, lo que puede llevar al desempleo o la pérdida de productividad. Los riesgos asociados a este trastorno incluyen un aumento del riesgo de suicidio, incrementándose con la severidad del trastorno (Córdoba, López & Martínez, 2012). También se observa un aislamiento social, donde los individuos pueden retirarse de sus relaciones sociales y actividades, exacerbando el sentimiento de soledad y desesperanza. De manera que (Caballo et al., 2014) mencionan que existen problemas de salud crónicos, ya que la depresión puede agravar condiciones médicas preexistentes y puede aumentar la vulnerabilidad a nuevas enfermedades. El impacto en la calidad de vida es significativo, ya que la capacidad de disfrutar y participar en actividades diarias se ve gravemente afectada, lo que puede llevar a una disminución considerable en la calidad de vida (Gupta & Singh, 2022).

Por ello, el objetivo específico de la investigación fue examinar en profundidad un caso de depresión en una paciente residente del centro de adultos mayores, con el propósito de

identificar características particulares del trastorno en este contexto, lo que facilita la adaptación, personalización de las intervenciones psicológicas y la eficiencia en el tratamiento. Además, puede servir como una referencia útil para profesionales de la salud mental que enfrentan casos similares (Yin, 2014). De esta manera promueve un enfoque más informado y empático hacia la salud mental de los adultos mayores, que residen principalmente en un centro de adultos mayores, asegurando que reciban atención psicológica que necesitan para mejorar su calidad de vida y bienestar psicológico (Knight & Laidlaw, 2012). Al enfocarse en un caso específico, esta investigación permite un entendimiento más profundo de cómo estas variables influyen en la presentación clínica de la depresión en adultos mayores. Identificar estas particularidades es crucial para desarrollar intervenciones más efectivas, que no solo aborden los síntomas de la depresión, sino que también consideren el contexto personal y social del paciente (Smith et al., 2022).

Finalmente, este estudio de caso presenta alrededor de cinco capítulos. En el primer capítulo se llevó a cabo los datos del paciente, motivos de consulta y la historia del problema. Para el segundo capítulo se incluyó el apartado de evaluación, donde se expuso técnicas, herramientas y resultados. Referente al tercer capítulo se llevó a cabo el plan de tratamiento, acompañado de objetivos terapéuticos, técnicas empleadas y el desarrollo de sesiones. En el cuarto capítulo se propuso los resultados del tratamiento, que representan los cambios del paciente y la efectividad de la intervención empleada. Por último, se llevó a cabo la discusión con hallazgos de estudios, la comparación de los mismos con el presente trabajo e implicación clínica e investigativa.

A manera de conclusión, esta investigación propone la intervención terapéutica en un caso de trastorno de depresión mayor de tipo moderado desde un enfoque integrador, dirigido a la aplicación de un conjunto de técnicas específicas para dicha finalidad, entre ellas se encuentran diferentes enfoques, la cognitivo-conductual, de aceptación y compromiso y humanista. Su finalidad se dirige al fundamentar los conocimientos detallados sobre intervenciones eficaces para la problemática. Resaltando la importancia de intervención, en

la utilidad profesional para el desarrollo de la aplicación en áreas de salud mental, centros y la sociedad, al brindar la promoción de la recuperación de este tipo de trastorno y ofrecer una calidad de vida eficaz en la población adulta mayor.

## **Capítulo uno**

### **Marco teórico**

#### **1.1 Presentación del caso**

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

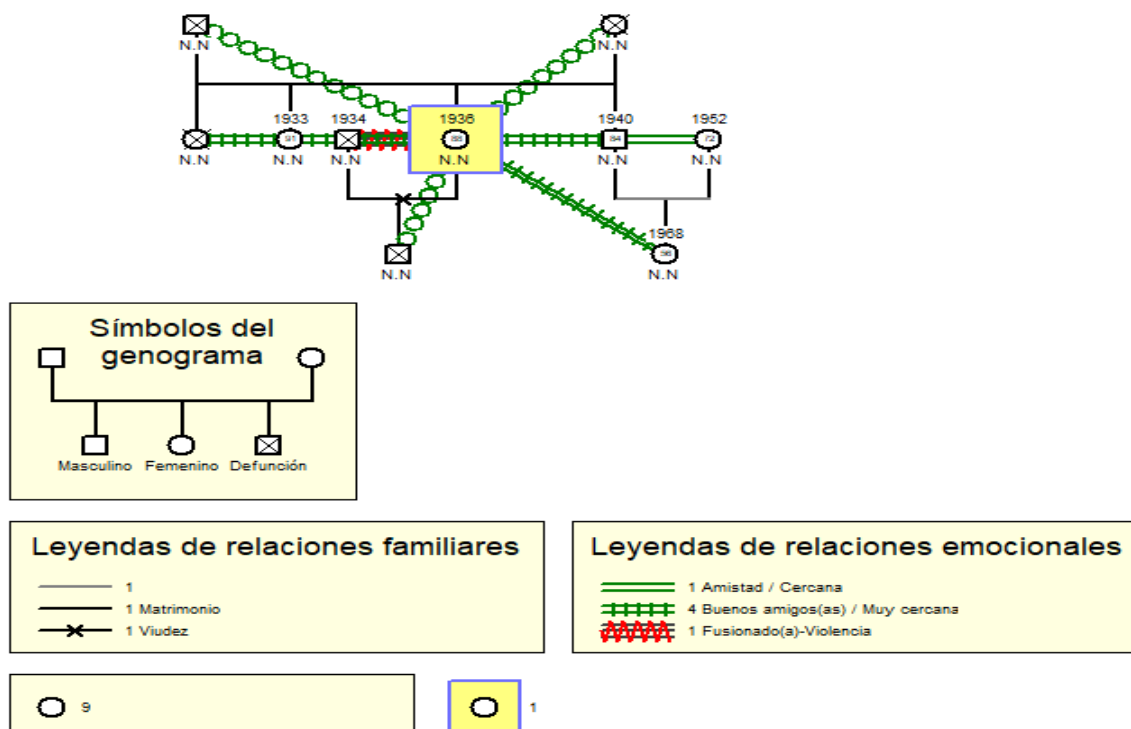
##### **1.1.1 Identificación del paciente**

Paciente N.N., sexo femenino, 87 años de edad, nacida en 1936 en la ciudad de Cariamanga. Su nivel de instrucción académica es primario. Actualmente reside en un Centro Gerontológico desde hace 1 año y 2 meses. Su estado civil es viuda y tuvo un hijo, el cual falleció. Pertenece a un nivel socioeconómico medio y practica la religión católica. Disfruta de actividades artísticas como tejer, pintar y cocinar.

Proviene de una familia nuclear funcional conformada por 6 personas: padre, madre y 4 hermanos, siendo ella la tercera, enfocada en una relación muy cercana. En el pasado, la paciente formaba un hogar heteroparental junto a su esposo e hijo, el cual la relación era estrecha junto a su hijo, en cambio en relación con su esposo era fusionada, ya que presentaba violencia intrafamiliar, por lo cual se encuentran fallecidos. Actualmente, mantiene una relación estrecha con su sobrina, lo cual representa un apoyo emocional significativo.

Figura 1

## Genograma



Nota. Estructura familiar de la paciente

### 1.1.2 Motivo de consulta

La paciente N.N. es referida por la psicóloga del Centro Gerontológico para valoración psicológica. La paciente manifiesta: "Me siento como si estuviera en una cárcel encerrada y sin poder salir ni hacer lo que me gustaba. Antes pasaba cerca a mis familiares y amigos, pero ahora me siento mal estando aquí. Me gustaba como llevaba mi vida antes".

N.N. refiere sentirse triste, con poco apetito, insomnio, anhedonia, diálogo poco indulgente consigo misma, baja autoestima y desesperanza desde hace 1 año. Atribuye estos síntomas posiblemente a que sus hermanos no la visitan, sintiendo que se han alejado y no tiene comunicación cercana con ellos. Además, menciona que no tiene esperanza de seguir en el centro porque su vida ha cambiado de manera negativa, percibiéndose como una persona emocionalmente inestable y desmotivada.

En la entrevista se evidencia que la paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio, a sí misma y hacia los demás. Su higiene y vestimenta son acordes a su edad y

género.

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

La paciente manifiesta que antes del ingreso al centro era una persona activa e independiente que vivía junto a su hijastro. A pesar de haber experimentado soledad tras la muerte de su esposo e hijo hace cinco años y tener conflictos con su hijastro por temas económicos, mantenía una vida social activa gracias a visitas regulares de amigos y familiares. Refiere que estas redes de apoyo permanentes le ayudaban a permanecer emocionalmente estable.

Los problemas de la paciente surgen desde hace un año aproximadamente, debido a su ingreso al centro gerontológico. Refiere que durante el primer mes en la institución intentó adaptarse a su nueva vida, participando en algunas actividades grupales y socializando con otros residentes. Sin embargo, pronto comenzó a sentir desesperanza expresando: "No encontraba motivo para estar viviendo en este sitio" Esta angustia por la pérdida de libertad y confinamiento se intensificó a los dos meses cuando empezó a experimentar arrepentimiento y malestar por su decisión, manifestando: "Me sentía arrepentida y con un profundo malestar al decidir quedarme en el centro, ya que lo veía como un error y algo que no podía cambiar". Comenzó a presentar tristeza la mayor parte del día, casi todos los días.

A los 4 meses de su estadía en el centro experimentó una profunda sensación de pérdida y desplazamiento por haber abandonado su hogar. Debido a que la paciente manifiesta "No soy capaz de hacer las cosas que solía hacer antes como tejer, escuchar mi música favorita, conversar con mis amigos y familiares, y cocinar lo que yo deseo. Aquí me siento una inútil e incómoda". N.N refiere haber experimentado un desajuste emocional y físico considerable, sintiendo que ha dejado parte de su identidad y autonomía.

Al quinto mes empezó a experimentar sentimientos de soledad, tristeza y nostalgia por su vida anterior, a la vez que se volvió más retraída y reservada en sus interacciones con los demás. La paciente refiere "ya no converso con las adultas mayores del centro porque

no me siento cómoda, siento como si no existiera para nadie. Es como que me encuentro rodeada de gente, pero completamente sola”. Esta dificultad en las interacciones sociales y el aislamiento social intensificaron aquellos sentimientos de tristeza y soledad.

A los 7 meses de estadía en el centro la sintomatología depresiva de la paciente se intensificó, empezó a experimentar insomnio, caracterizado por dificultades para mantener el sueño. N.N manifiesta: “Al irme a dormir se me dificulta descansar porque estoy preocupada en mi familia, llego a sentirme sola con ganas de llorar. El silencio del centro a veces me da miedo y me siento sola en mis pensamientos durante largas horas de la madrugada”.

A los 9 meses se observó un aumento significativo de la sintomatología de la paciente, empezó a experimentar un agotamiento excesivo la mayor parte del día junto a desmotivación, sin haber realizado algún tipo de actividad física. Además, se presentaron sentimientos de baja autoestima, síntomas que estaban presentes casi todos los días. Incluso refiere se vio afectado su apetito, el cual disminuyó notablemente, lo cual se vio evidenciando en el hecho de que dejaba comida en el plato. Además, el autocuidado personal, tal y como se evidencio en la primera entrevista, era descuidado. Además, se volvió cada vez más aislada del resto de adultos mayores, pasando la mayor parte del tiempo en su habitación.

En los siguientes meses presentó una pérdida de sentido de propósito y conexión con el mundo exterior debido a que no encuentra solución alguna para poder sentirse mejor en el centro y de esta manera vivir feliz durante el tiempo que le queda. Refiriendo “todo el tiempo pienso que mi vida no tiene ninguna solución a mis problemas. Así viviré el resto de mi vida sin poder cambiarlo” Es por ello que su rutina se presenta como monótona con tendencia a la soledad y sin esperanza.

Actualmente, después de un año en el centro, la paciente refiere sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza y soledad. Manifiesta que experimenta episodios de llanto cada 3 a 4 días desde hace un año. La única visita que ha recibido en los últimos meses fue de su sobrina, quien la llevó de vacaciones por una semana. Sin embargo, después de esta salida, la paciente refiere que sus síntomas persistieron sin cambios

significativos.

## **1.2 Proceso de evaluación**

El método de evaluación del caso se desarrolló a lo largo de cuatro sesiones de cuarenta y cinco minutos de duración, distribuidas en un periodo de tres semanas. El proceso de evaluación se inició con una entrevista a la profesional encargada del departamento de psicología del centro, a fin de obtener información del caso y sus detalles específicos.

### **1.2.1 Entrevista con la paciente**

#### **Entrevista con la psicóloga**

La entrevista es una técnica de recogida de información, y por tanto de evaluación. Su versatilidad y flexibilidad permiten moldear una entrevista para cada finalidad y adaptarla a las necesidades del entrevistado y al estilo personal del entrevistador, lo que le confiere gran ventaja respecto al resto de las técnicas de evaluación psicológica (Perpiñá, 2012).

En un primer momento, se realizó una entrevista inicial con la psicóloga con el propósito de adquirir información respecto a los casos más representativos a abordar por cada uno de los adultos mayores, destacando la importancia de llevar una intervención. Durante esta sesión, se recabaron datos de identificación de la paciente, antecedentes personales y la historia familiar. Se determinaron las principales problemáticas de la paciente, identificando que según la psicóloga actualmente la paciente presenta aislamiento social y tristeza la mayor parte del día.

#### **Entrevista psicológica con la paciente**

En el proceso de la evaluación a la paciente se realizó durante cuatro sesiones, además de la entrevista se aplicaron una variedad de instrumentos de exploración clínica, incluyendo observación e instrumentos psicométricos. A continuación, se explica detalladamente lo realizado en cada sesión:

#### **Primera Sesión**

El propósito principal fue establecer un adecuado rapport, creando un ambiente donde la paciente se sintiera cómoda y libre de expresarse sin sentirse juzgada. Se buscó obtener

información para la elaboración de la historia clínica, incluyendo ámbito laboral, enfermedad actual, psicoanamnesis personal (prenatal), historia social, historia psicosexual y patologías anteriores. Esto se logró mediante la observación y entrevista sobre las funciones mentales relacionadas con las conductas problema mencionadas por la psicóloga.

La paciente mostró una actitud colaboradora y flexible, aunque presentó hipoprosexia en relación a las preguntas realizadas. Un punto destacable fue la información sobre su familiar cercana, mencionando su anhelo de regresar a su hogar junto con su sobrina. Sin embargo, se mostró confusa respecto a su círculo familiar, evidenciando dificultad para recordar las edades de sus hermanos y familiares cercanos.

### **Segunda Sesión**

Se informó a la paciente sobre las reglas y duración de las futuras sesiones, continuando con la evaluación a través de la entrevista y aplicación de instrumentos psicológicos. Se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, que explora síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, y la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA), que evalúa disfunciones cognitivas leves.

Antes de aplicar los instrumentos, se explicó a la paciente sobre la confidencialidad de sus respuestas, el propósito de cada instrumento y las instrucciones para su realización. También se le informó sobre la futura aplicación de más cuestionarios para establecer pautas de intervención. La paciente se mantuvo colaboradora y concentrada durante la sesión.

### **Tercera Sesión**

Durante la tercera sesión se continuó explorando áreas de la vida de la paciente dentro del centro, incluyendo su rutina diaria e historia del problema. Se aplicaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) y el Test de UCLA, que evalúan depresión y soledad respectivamente. La paciente mostró interés al realizar los instrumentos, aunque algunas preguntas parecían resultarle complejas. Al finalizar, se le explicó el proceso de la siguiente sesión y su importancia.

### **Cuarta Sesión**

El objetivo principal fue aplicar el último instrumento psicológico, el Test de Creencias Irracionales de Beck, para identificar las creencias irracionales que podrían estar detrás de su sintomatología depresiva. La paciente se presentó con una apariencia adecuada, mostrándose colaboradora y completando el test según las instrucciones mencionadas.

### **1.2.2 Observación clínica**

La observación es una herramienta de recopilación de información que se obtiene del medio exterior, permitiendo el análisis de las experiencias del paciente considerando su comunicación verbal y no verbal; aunado a otras herramientas psicológicas basadas en evidencia constituyen un método eficaz para llegar al diagnóstico y elección del método de intervención adecuado (García y Lorenzo, 2019; Hidalgo, 2020; López et al., 2019).

El uso de esta herramienta permitió valorar el estado anímico y funciones mentales de la paciente en cada una de las sesiones, además, favoreció la evaluación en cuanto a si la paciente mostraba una actitud de evitación a ciertos temas. En líneas generales N.N inicialmente mostró tristeza, sentimientos de culpa e incontinencia emocional leve al narrar situaciones personales, pero con el paso de las sesiones su estado emocional mejoró y se evidenció de una forma más clara su motivación al cambio.

Con relación a las funciones mentales, es importante destacar un bajo nivel de conciencia. Ya que, en la observación, evaluación del estado de alerta y cognición, la paciente estaba experimentando una disminución en su capacidad para estar despierto, responder a estímulos, procesar información e interacción con el entorno. En su orientación se encuentra dentro del rango normal en esferas de tiempo, espacio y persona. Para la atención presentaba dificultades, es decir, durante la recolección de información, en algunas ocasiones enfocaba su atención hacia estímulos externos, por lo que, era necesario volver a realizar la preguntas. En la memoria a corto plazo no mostraba deterioro aparente. Podía recordar palabras o situaciones que se le presentaban. En cuanto a la memoria a largo plazo se observaba un deterioro leve al recordar eventos específicos de las etapas anteriores de su vida, esto también puede explicarse por la edad avanzada de la paciente.

El curso del pensamiento se presentó con fuga de ideas de acuerdo a las preguntas que no llegaba a entender, aunque finalmente lograba contestar la pregunta en cuestión. En relación de sensopercepción la paciente presenta hipoacusia de un oído, existiendo situaciones en las cuales se necesitó levantar la voz y acercarse para que las interrogantes se entiendan. Igualmente muestra problemas de visión. La percepción se observa cierto debilitamiento en cuanto a nivel de detalle de lugares o cosas. Comenta que no ha presentado alucinaciones de cualquier tipo. Para el lenguaje no se denotan problemas aparentes, el mismo es comprensible. En la afectividad la paciente muestra un estado de ánimo triste. Lo cual se evidencia mediante sus facciones psicoexpresivas y tendencia al llanto.

En cuanto a su voluntad denota hipo abulia o poca energía para la realización de actividades. Referente a la psicomotricidad la paciente mostró fatiga durante la sesión, aunque al inicio tuvo un buen desempeño después de un determinado comenzó a sentirse cansada. Además, la introspección estuvo dirigida a que la paciente comprendía que se encuentra en un estado de ánimo no adecuado.

Acorde a sus hábitos presenta una inadecuada higiene personal, en términos de apariencia física, realiza actividades didácticas, leer o coser sus prendas de vestir. Es importante describir que muestra poco interés tiene al relacionarse con los demás adultos mayores. Además, manifiesta que ha tenido problemas para conciliar el sueño. En la inteligencia en la paciente se muestra en un nivel aparentemente normal para su edad y nivel educativo. Se evidencia cierta dificultad en la ejecución de algunas instrucciones dadas por el terapeuta.

Además, en el juicio y razonamiento, en cuanto a la toma de decisiones, la paciente presenta dificultad para tomar cualquier decisión que se de en su cotidianidad, sobre todo si se trata de involucrarse en actividades grupales. Por último, su vestimenta se muestra adecuada durante la sesión, pero se puede apreciar una higiene personal descuidada. Mantuvo contacto visual, su postura era la correcta. Las respuestas eran extensas, es decir, las desarrollaba demasiado.

### **1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados**

Los instrumentos de evaluación psicológica son las técnicas mediante las cuales se recogen los datos referentes a las características psicológicas de las personas estudiadas; de tal forma la aplicación de los instrumentos se constituye la fase más importante del proceso de evaluación psicológica. En este sentido a continuación se detallan los instrumentos aplicados a la paciente:

#### **Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA)**

La Evaluación Cognitiva Montreal (Montreal Cognitive Assessment/ MoCA) fue creada por Nasreddine et al. (2005) para evaluar las disfunciones cognitivas leves. Este instrumento examina las siguientes habilidades: atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades visuoconstructivas, cálculo y orientación.

De acuerdo a la población, es aplicable a cualquier persona que comprenda y siga sus instrucciones. Se recomienda que un profesional de la salud especialista en el ámbito cognitivo interprete sus resultados. El tiempo de administración requerido es de aproximadamente diez minutos. En cuanto a la calificación, se suman todos los puntos obtenidos en el margen derecho de la hoja y se añade un punto si el paciente tiene 12 años o menos de estudios, hasta un máximo de 30 puntos. Una puntuación igual o superior a 26 se considera normal (Lestari et al., 2017).

Es un test cuenta con una alta consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,76). Los resultados son fiables en el tiempo, con una fiabilidad test-retest de 0,921 y una fiabilidad inter-examinadores de 0,914. Para la aplicación se utiliza un protocolo, lápiz y cronometro. Durante la aplicación se le explica a la persona una serie de escalas que incluyen recordar palabras, identificar una serie de dibujos, resolver problemas de memoria, ejercicios de atención y ejecutivas, así como la realización de ejercicios de orientación espacial y temporal. El tipo de administración heteroaplicable (Loureiro et al., 2018).

El test fue aplicado durante la segunda sesión y la paciente muestra una puntuación de 14 sobre 30, lo que indica presencia de deterioro cognitivo grave.

### **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15)**

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) apareció en 1982 como respuesta a una falta de instrumentos de detección de la depresión en personas adultas mayores. Fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, y ha sido probada y utilizada extensamente en esta población. Desde su versión original de 30 ítems la EDG ha mostrado una excelente confiabilidad (valores alfa entre 0.80 - 0.95) y distintos tipos de validez. Las versiones abreviadas (como la de 15 ítems) también han mostrado su validez y confiabilidad. La EDG ha sido sometida a diversas validaciones transculturales incluyendo la versión al español (Aguilar et al., 2007).

La GDS-15 consta de 15 ítems, en los cuales la persona debe señalar un patrón de respuesta dicotómico (sí o no) con el propósito de investigar síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días. El cuestionario excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores, que podrían limitar la validez del cuestionario. En cuanto a la calificación, se otorga un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo. Para completar esta escala se necesitan cinco minutos, en promedio (Gómez & Campo, 2011).

El test fue aplicado durante la segunda sesión, y la paciente obtuvo una puntuación de 4 sobre 10, lo que se considera normal, sin síntomas depresivos. Cabe destacar que la evaluación se realizó después de que la paciente regresara de vacaciones, en la Ciudad de Loja, acompañada de sus familiares, lo que generó una mejora significativa en el estado de ánimo, algo que contrastó con las sesiones de evaluación previas.

### **Inventario de creencias irracionales de Albert Ellis**

Respecto al inventario, es un registro de opiniones que se basa en la recopilación de las diez creencias irracionales (propuestas por Ellis, pero no excluyentes a otras), que, según el autor, generan y mantiene la perturbación emocional. Fue creado por Albert Ellis en 1980

e inicialmente redactada en inglés, pero luego fue traducida al castellano por Navas (Contreras, 2017).

Respecto a la representación de los ítems, si el ítem es directo y el sujeto responde que “está de acuerdo” se le califica con puntaje de 1. Si el ítem es directo y el sujeto responde que “no está de acuerdo” se le califica con puntaje 0. Además, si el ítem es indirecto y el sujeto responde que “está de acuerdo”, se le califica con puntaje 0. En cambio, el ítem es indirecto y el sujeto responde que “no está de acuerdo” se califica con un puntaje de 1 (Zanon et al., 2016).

Para su interpretación, se suman los puntajes de cada creencia de forma independiente, obteniéndose así un puntaje total para cada uno de ellos. Se considera 0 como la inexistencia de la creencia y 10 como el puntaje más elevado. El examinado podrá tener para cada una de las diez creencias un mínimo de 0 puntos y máximo de 10 puntos para cada subgrupo (Carriendo et al., 2018).

Los puntajes son de 0 a 5 puntaje promedio, de 6 a 7 nivel moderado de irracionalidad, y de 8 a 10 alto nivel de irracionalidad. Así, mientras más alto sea el puntaje total por subgrupo, mayor será el acuerdo con la idea irracional y además estas últimas clasificaciones son consideradas, las más altas, como indicadoras de trastorno emocional. En general, mientras más alto sea el puntaje total por sección, mayor será el acuerdo con la idea irracional (Martin & Dahlen, 2007).

La confiabilidad del instrumento se ha evaluado a través del coeficiente de consistencia interna, obteniendo un valor de 0,78. Este resultado nos permite concluir que la prueba es confiable. Por otro lado, el inventario cuenta con una amplia aceptación y uso entre los psicólogos clínicos que practican la TREC en Estados Unidos, lo que le otorga al instrumento validez de contenido (David et al., 2018).

El inventario es aplicado en la cuarta sesión, dando como resultado una puntuación de 37 en la creencia irracional de indefensión, siendo la mayor puntuación de entre todas las creencias irracionales evaluadas.

### **Test de soledad de UCLA**

El Test de Soledad de UCLA de 10 ítems fue desarrollado por Daniel Russell y Linda J. Cutrona en 1980. Este instrumento evalúa el nivel de soledad percibida en los individuos. Mide la percepción subjetiva de la soledad, más no la cantidad de interacciones sociales. Se compone de 10 preguntas con respuestas en una escala de 1 a 4. Se aplica de manera autoadministrada y puede ser utilizado en poblaciones diversas, incluyendo adultos jóvenes, adultos mayores y adolescentes (Velarde-Mayol et al., 2016).

Para la calificación, se suman las respuestas de cada ítem, lo que proporciona un puntaje total que puede variar de 10 a 40. Un puntaje más alto indica una mayor percepción de la soledad. Los puntajes suelen interpretarse de la siguiente manera: de 10-20 baja percepción de la soledad, de 21-30 moderada percepción de la soledad y de 31-40 alta percepción de la soledad (Velarde-Mayol et al., 2016).

Para el análisis de la fiabilidad se estimó el coeficiente de fiabilidad con alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,95, con un intervalo de confianza del 95% (IC95%) (Velarde-Mayol et al., 2016).

El test se aplicó en la tercera sesión, dando como resultado una puntuación de 35 sobre 40, lo que se interpreta como una alta percepción de la soledad.

### **Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-2)**

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) fue creado por los autores Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown. Es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. Consiste en subrayar, en cada uno de sus ítems, entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas (excepto en los ítems 16 y 18 que presentan siete alternativas) (Sanz & García, 2013).

Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63. El BDI propone las siguientes puntuaciones de corte y grados de depresión

correspondientes: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave (Ghassemzadeh et al., 2005).

Es aplicable tanto para adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años, puede aplicarse de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en completarlo (Wang & Gorenstein, 2013).

En relación a la confiabilidad, en una validación española del instrumento con una muestra de 305 pacientes ambulatorios con diversos diagnósticos psicopatológicos según el DSM-IV. El coeficiente alfa de fiabilidad fue alto (alfa = 0,89). Así mismo, respecto a la validez de criterio, los resultados demostraron que los pacientes diagnosticados con un trastorno depresivo mayor tenían niveles de depresión más elevados, medidos con el BDI-II, que los pacientes de otros grupos diagnósticos (Sanz et al., 2003).

El BDI fue aplicado durante la tercera sesión, con la finalidad de corroborar los síntomas depresivos percibidos al inicio de las sesiones, ya que, debido a la salida a vacaciones de la paciente, los síntomas variaron de manera significativa y no se presentó sintomatología depresiva en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Es así como se le aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), con una puntuación de 43 sobre 63, dentro de los puntos de corte entre 29-63 correspondiente a depresión grave, en el cual la paciente describe su estado de ánimo durante las últimas dos semanas, incluyendo el día de la aplicación.

### **1.3 Proceso diagnóstico**

El DSM-5 describe el proceso diagnóstico como una evaluación clínica sistemática que implica la recopilación de información relevante sobre la historia clínica del paciente, sus síntomas actuales y antecedentes médicos, familiares y psicosociales. También puede incluir la observación directa del paciente y pruebas psicológicas. Este proceso se realiza siguiendo los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-5 para identificar y clasificar los trastornos

mentales, estableciéndolos en tres diagnósticos: presuntivo, diferencial y definitivo (American Psychiatric Association [APA], 2013).

### **1.3.1 Diagnóstico presuntivo**

El propósito del diagnóstico presuntivo es proporcionar una dirección inicial para el tratamiento y ayudar a determinar qué pruebas adicionales pueden ser necesarias para confirmar o descartar la hipótesis inicial. Es una etapa crítica que permite a los clínicos comenzar a abordar los problemas del paciente mientras continúan perfeccionando y ajustando el diagnóstico a medida que se obtiene más información (APA, 2013). Por ello se han establecido los siguientes diagnósticos presuntivos en la paciente:

- 309.0 (F43.21): Trastorno de Adaptación con Estado de Ánimo Depresivo: Este diagnóstico se fundamenta en la evidencia de que en un inicio presentaba síntomas depresivos, como tristeza persistente y pérdida de interés a causa de respuesta a un estresante identificable, como es el cambio de vida o el lugar de residencia.
- 300.4 (F34.1) Trastorno depresivo persistente (distimia): Inicialmente se consideró este trastorno ya que la sintomatología observada sugería que el paciente ha desarrollado un estado de ánimo deprimido de manera prolongada, según se desprende de la información subjetiva por parte de la observación. Además, existían otros síntomas propios de la distimia como presentar poco apetito, insomnio, poca energía, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.
- 296.22 (F32.1) Trastorno de depresión mayor de tipo moderado: Se presenta la sintomatología depresiva durante un año, en lo cual está dentro del tiempo correspondiente para dicho trastorno. La siguiente sintomatología se refiere a un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva y de la observación por parte de otras

personas, disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, según la información subjetiva o de la observación, disminución de apetito, insomnio, pérdida de energía casi todos los días, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, y disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones.

### **1.3.2 Diagnóstico diferencial**

Durante el proceso de evaluación y diagnóstico del usuario, además de identificar los trastornos que mejor explicaban su cuadro clínico, fue crucial descartar aquellas condiciones que, a pesar de presentar características similares o compartir algunos síntomas, no se ajustaban a la realidad del paciente. Este procedimiento, conocido como diagnóstico diferencial, requirió un análisis de la sintomatología, el curso temporal de los síntomas y el cumplimiento de los criterios diagnósticos establecidos. A través de este, se pudo delimitar con mayor precisión el problema central del usuario y, en consecuencia, desarrollar un plan de tratamiento adecuado. A continuación, se detallan los diagnósticos que, aunque fueron contemplados inicialmente, se descartaron tras una valoración integral del caso:

- 309.0 (F43.21): Trastorno de Adaptación con Estado de Ánimo Depresivo:

Aunque inicialmente se consideró el Trastorno de Adaptación debido al cambio de residencia de la paciente, este diagnóstico se descartó por varias razones, en primero lugar el Trastorno de Adaptación típicamente se desarrolla dentro de los tres meses siguientes al inicio del estresante y sus síntomas no suelen durar más de 6 meses, a menos que el estresante persista. En el caso de la paciente, aunque el estresante (la estancia en el centro) continúa, los síntomas han persistido y se han intensificado durante más de un año, evolucionando más allá de una reacción adaptativa inicial. Esta duración y progresión de los síntomas es más consistente con un Trastorno Depresivo Mayor que con un Trastorno de Adaptación.

De igual forma, la paciente muestra un patrón de síntomas más consistente con un Trastorno Depresivo Mayor, incluyendo un estado de ánimo deprimido persistente, anhedonia significativa, alteraciones del sueño y del apetito, fatiga marcada, sentimientos de inutilidad y dificultades cognitivas. Estos síntomas han llevado a un deterioro funcional considerable en múltiples áreas de su vida, lo cual es más característico de un trastorno depresivo mayor que de un trastorno de adaptación.

Finalmente hay que considerar que, si bien el cambio de residencia pudo haber sido un factor desencadenante inicial, los síntomas han tomado una trayectoria independiente y más severa, indicativa de un trastorno del estado de ánimo más profundo y persistente. Esta progresión y cronificación de los síntomas apunta más hacia un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor que a un Trastorno de Adaptación.

- 300.4 (F34.1) Trastorno depresivo persistente (distimia):

Se descarta el presente trastorno por la razón de que no cumple con la mayoría de los criterios requeridos ni el tiempo para un trastorno de depresión mayor de tipo moderado, cumple con dos o más criterios diagnósticos. Estos son: apetito insuficiente o comer en exceso, insomnio o hipersomnias; baja energía y autoestima, dificultades para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. En cambio, para la depresión mayor requiere la presencia de cinco o más síntomas específicos en un periodo corto de un año, que es más agudo y puede ser más severo. En cambio, la distimia, aunque crónica, puede ser menos severa pero más persistente, con un tiempo de dos años de diferencia.

### **1.3.3 Diagnóstico definitivo**

La evaluación clínica descartó distimia y trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo, estableciendo un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor moderado, conforme a los criterios del DSM-5. El diagnóstico se apoyó en pruebas psicológicas y observaciones clínicas, teniendo en cuenta la cronología y gravedad de los síntomas en el contexto de su estancia en un centro residencial. La paciente cumple con todos los criterios diagnósticos

necesarios, incluyendo el especificador de gravedad relacionado con su ajuste a un nuevo entorno residencial, como se detalla en la tabla 1.

**Tabla 1**

*Trastorno depresivo de tipo moderado*

| Criterios del DSM-5 cumplidos  | Interpretación   |
|--|--|
| <b>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer:</b> |  |
| 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).                  | Se evidencia una significativa pérdida de sentido de propósito y conexión con el entorno, debido a la incapacidad de encontrar una solución viable para mejorar su bienestar. Esta situación se ve exacerbada por la persistente creencia del individuo de que sus problemas carecen de solución. Como resultado, su rutina diaria se caracteriza por la monotonía, con una marcada tendencia hacia la tristeza, acompañada de sentimientos de soledad, vacío y desesperanza.  |
| 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).  | Durante su estancia en el centro, la paciente experimenta una profunda sensación de pérdida y desplazamiento al verse obligada a abandonar su hogar y renunciar a su independencia. Esta situación se debe a que la paciente percibe una incapacidad para realizar las actividades que solía desempeñar con anterioridad, tales como tejer, escuchar su música predilecta, interactuar con sus seres queridos y preparar alimentos. Como consecuencia, N.N. se enfrenta a un significativo proceso de adaptación tanto en el ámbito emocional como en el físico, lo que le genera la sensación de haber perdido una parte fundamental de su identidad y autonomía. |
| 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.  | De acuerdo con el criterio establecido, se estima que el apetito del paciente se vio considerablemente afectado, evidenciando una notable disminución en la alimentación, manifestado a través de la presencia de residuos alimenticios en el plato tras las comidas.  |
| 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.   | La paciente presentaba insomnio, caracterizado por dificultades para mantener el sueño. Como   |

- |   |   |
|---|---|
|   | consecuencia, al momento de retirarse a dormir, experimenta complicaciones para conciliar el descanso debido a la preocupación constante por su familia, esto venía acompañado de una sensación de soledad y deseos de llorar. El silencio del centro en ocasiones le provoca temor.  |
| 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).                                 | La paciente presenta enlentecimiento, ya que presenta disminución de la vitalidad la cual se manifiesta incluso después de realizar esfuerzos mínimos y no están explicados del todo por su edad.   |
| 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.   | El autocuidado personal de la paciente se vio comprometido, según se evidenció durante la entrevista, por una deficiente higiene. La sintomatología de la paciente se vio influenciada por un agotamiento excesivo presente durante la mayor parte del día, acompañado de una persistente desmotivación y baja autoestima a lo largo de todo el período evaluado. |
| 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).                   | Este criterio se hace evidente cuando la paciente refiere experimentar un profundo sentimiento de arrepentimiento y malestar al haber tomado la decisión de permanecer en el centro, puesto que percibe esta elección como un error, dado que la realidad de su estancia no coincidió con sus expectativas iniciales.   |
| 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). | La paciente ha experimentado una notable dificultad para tomar decisiones durante su estancia en el centro. También es notable una tendencia a anticipar resultados negativos sobre los eventos por acontecer.  |

---

*Nota.* Criterios diagnósticos que se cumplen para un trastorno depresivo mayor de tipo moderado.

La información proporcionada en la tabla previamente descrita, evidencia que la paciente presenta ocho de los nueve criterios establecidos por el manual DSM para la depresión mayor. Existe una excepción con el criterio de “pensamientos de muerte”, el cual está ausente. Los demás criterios conllevan a un estado de tristeza la mayor parte del día, según la observación realizada en el centro, causándole malestar clínicamente significativo que la paciente no puede controlar, sino que se intensifica con el paso del tiempo. Entre las

manifestaciones observadas destacan el aislamiento social, soledad y la desesperanza, al no encontrar sentido y un propósito en su vida. Estas señales, presentes en una intensidad moderada, están relacionadas al hecho de que sus hermanos y demás familiares no le visitan, además de la ausencia de alternativas viables para cambiar su lugar de residencia.

## Capítulo dos

### Metodología

#### 2.1 Tratamiento/Intervención

En relación con el enfoque terapéutico adoptado, se aplicaron fundamentalmente técnicas derivadas de la terapia cognitivo-conductual, de aceptación y compromiso, así como enfoques humanistas. El tratamiento consistió en una serie de ocho sesiones, administradas semanalmente en formato presencial, con una duración de entre 45 y 60 minutos por sesión.

##### 2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

El plan terapéutico se diseñó siguiendo los protocolos sugeridos por Pérez (2003) para el tratamiento de los trastornos depresivos, adicionalmente se consideraron las directrices del programa de entrenamiento Socio Afectivo On Mente, propuesto por Mouriz et al. (2016). Se fijaron objetivos clínicos basados en la evaluación inicial, las condiciones psicosociales de la paciente y las limitaciones del entorno clínico. El tratamiento se enfocó en mitigar la sintomatología y lograr la remisión de los síntomas, asociados al diagnóstico de depresión mayor. Los objetivos terapéuticos se especificaron y detallaron de la siguiente manera:

- Incrementar el conocimiento y la conciencia de la paciente sobre la depresión, sus síntomas y su impacto en la vida diaria, a través de la psicoeducación, proporcionando estrategias para manejar las emociones asociadas y fomentando la participación activa en el proceso terapéutico.
- Reducir los síntomas depresivos y mejorar el estado de ánimo de la paciente mediante la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales y de regulación emocional, como la reestructuración cognitiva, la imaginación guiada y ejercicios de respiración, con el fin de promover un mayor bienestar y adaptación al centro geriátrico.
- Fortalecer la autoestima y el autoconcepto de la paciente a través de técnicas de la terapia de aceptación y compromiso y humanistas, favoreciendo el reconocimiento de aspectos personales positivos, valores significativos y

recuerdos positivos del pasado, para reducir los sentimientos de tristeza y soledad.

- Desarrollar habilidades de afrontamiento y autoinstrucciones positivas en la paciente mediante el entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales, para hacer frente a situaciones desafiantes, pensamientos negativos y la sensación de soledad, mejorando así su capacidad de adaptación y bienestar emocional.

### 2.1.2 Plan de tratamiento/intervención

Para el siguiente apartado se presenta la tabla 2, en donde, se detalla la organización de las sesiones de tratamiento de acuerdo a cada objetivo, las técnicas empleadas y, en de ser el caso, las observaciones pertinentes.

**Tabla 2**

#### *Plan Terapéutico*

| SESIÓN | OBJETIVO TERAPÉUTICO   | OBJETIVO DE SESIÓN   | TÉCNICA                                    | OBSERVACIÓN   |
|--------|--|--|--|---|
| 1.     | Incrementar el conocimiento y la conciencia de la paciente sobre la depresión, sus síntomas y su impacto en la vida diaria, a través de la psicoeducación, proporcionando estrategias para manejar las emociones asociadas y fomentando la participación activa en el proceso terapéutico. | -Informar acerca de aspectos psicológicos de la sintomatología depresiva y proporcionar estrategias para afrontar un estilo de vida saludable. | -Psicoeducación.                           | -Se empleó el uso de metáforas, imágenes y videos.<br>-Se llevó a cabo un diario de pensamientos. |
| 2.     | Reducir los síntomas depresivos y mejorar el estado de ánimo de la   | -Facilitar la aceptación emocional de la sintomatología depresiva en la  | -Imaginación guiada empleando Mindfulness. | -Se introdujo prácticas de imaginación guiada respecto a mindfulness para                         |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>paciente mediante aplicación de técnicas cognitivo-conductuales y de regulación emocional, como la reestructuración cognitiva, la imaginación guiada y ejercicios de respiración, con el fin de promover un mayor bienestar y adaptación al centro geriátrico.</p> | <p>paciente a través de la imaginación guiada.</p> | <p>mejorar la conciencia del momento presente y fomentar un estado de calma.</p> |
|---|--|--|

3. Reducir los síntomas depresivos y mejorar el estado de ánimo de la paciente mediante la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales y de regulación emocional, como la reestructuración cognitiva, la imaginación guiada y ejercicios de respiración, con el fin de promover un mayor bienestar y adaptación al centro geriátrico.
- Identificar pensamientos automáticos negativos que contribuyen al sentimiento de tristeza y soledad.
  - Reestructuración cognitiva (primera parte).
  - Se consideró una lista de pensamientos irracionales para que la paciente pueda escoger aquellos con los que se identificaba y, de esta manera, proceder a discutir cómo cada uno de ellos contribuye a sus sentimientos de tristeza y soledad.
  - Desarrollar habilidades de afrontamiento y autoinstrucciones positivas en la paciente



- conductuales,  
para hacer frente  
a situaciones  
desafiantes,  
pensamientos  
negativos y la  
sensación de  
soledad,  
mejorando así su  
capacidad de  
adaptación y  
bienestar  
emocional.
5. -Fortalecer la autoestima y el autoconcepto de la paciente a través de técnicas de la terapia de aceptación y compromiso y humanistas, favoreciendo el reconocimiento de aspectos personales positivos, valores significativos y recuerdos positivos del pasado, para reducir los sentimientos de tristeza y soledad.
- Reconocer y aceptar pensamientos y emociones, mientras desarrolla una relación más compasiva consigo misma.
- Terapia de aceptación y compromiso: técnica de los valores personales.
- Técnica de autoestima: El espejo.
6. Reducir los síntomas depresivos y mejorar el estado de ánimo de la paciente mediante la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales y de regulación emocional, como la reestructuración cognitiva, la imaginación guiada y
- Enseñar a integrar la respiración en la vida diaria como una herramienta de autocuidado.
- Técnica de respiración cuadrática.
- Llevar a la paciente a un ambiente de tranquilidad, en donde le ayude a calmar su mente, concentrándose en su respiración.

ejercicios de respiración, con el fin de promover un mayor bienestar y adaptación al centro geriátrico.

- |    |  |   |   |  |
|----|--|---|---|--|
| 7. | Fortalecer la autoestima y el autoconcepto de la paciente a través de técnicas de la terapia de aceptación y compromiso y humanistas, favoreciendo el reconocimiento de aspectos personales positivos, valores significativos y recuerdos positivos del pasado, para reducir los sentimientos de tristeza y soledad. | -Dirigir a la paciente a recordar aspectos o experiencias importantes de su pasado, favoreciendo la comunicación y generar sentimientos de bienestar y autoestima.<br>-Reducir los sentimientos de tristeza e incluso soledad como es el caso de la paciente. | -Técnica de reminiscencia.                                    | -Se hizo la utilización de materiales que puedan evocar recuerdos, como fotografías, música de su época y objetos personales significativos. Luego se le expusieron preguntas para el debate relacionadas al material. Manteniendo interés genuino y se validó sus emociones de alegría o melancólicas. Al final de la sesión, se reflexionó con la paciente sobre la experiencia de recordar y compartir sus recuerdos. |
| 8. | Desarrollar habilidades de afrontamiento y autoinstrucciones positivas en la paciente mediante el entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales, para hacer frente a situaciones desafiantes, pensamientos  | -Desarrollar habilidades de afrontamiento y autorregulación<br><br>-Medir los niveles de cambio al finalizar el plan terapéutico.   | -Técnica de autoinstrucciones.<br><br>-Aplicación de re-test. | -Se realizó un repaso de todo lo aprendido durante las sesiones, y se procedió a entregar tarjetas flash con autoinstrucciones, que la paciente puede usar cada vez que se presenten los sentimientos de soledad.  |
-

negativos y la sensación de soledad, mejorando así su capacidad de adaptación y bienestar emocional.

-Aplicación del re-test, en la implementación del plan terapéutico.

-Se realizó la aplicación de instrumentos psicológicos para evaluar los cambios de la paciente en la implementación del plan terapéutico, estos fueron: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15), Test de soledad de UCLA y Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-2).

---

*Nota.* Diseño de Plan terapéutico

La tabla anterior detalla un plan de tratamiento de 8 sesiones semanales para la paciente, incluyendo objetivos terapéuticos y específicos que permiten aplicar diversas técnicas psicológicas, tales como psicoeducación, reestructuración cognitiva, visualización afectiva, terapia de aceptación y compromiso, técnica de respiración cuadrática, reminiscencia y autoinstrucciones. El plan finaliza con una evaluación del progreso de la paciente y cierre del mismo.

**2.1.2.1 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.** Las sesiones se ejecutaron conforme a un esquema sistemático orientado a la consecución de los objetivos previstos, utilizando variados recursos didácticos. A continuación, se detalla el proceso desarrollado en cada sesión terapéutica.

#### **Primera sesión terapéutica**

La psicoeducación aborda situaciones cotidianas complejas debido a crisis no normativas, conceptualizándose como una herramienta de cambio. Este modelo integra procesos cognitivos, biológicos y sociales específicos de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida en la paciente. Proporciona información y

herramientas para gestionar pensamientos y emociones, incluyendo estrategias para reestructurar pensamientos negativos y desarrollar habilidades de afrontamiento. Además, informa sobre la influencia de factores biológicos en el bienestar emocional, permitiendo decisiones informadas sobre salud física y mental, como la regulación del sueño, nutrición y ejercicio. Finalmente, aborda aspectos sociales, mejorando la gestión de relaciones interpersonales y fomentando la construcción de redes de apoyo e inclusión social (Godoy et al., 2020).

En esta sesión, se aplicó la psicoeducación de la siguiente forma: Primero se empleó una breve explicación sobre el diagnóstico, con un lenguaje sencillo de acuerdo al nivel de escolaridad primario de la paciente. A continuación, se proporcionó información sobre temas asociados a la condición, explicándolos de una forma dinámica, comprensible, empática y respetuosa. Se abordó por qué es normal sentirnos tristes y como aquella tristeza se convierte en depresión, cada uno de los temas estuvo acompañado con un video, metáforas e imágenes.

Posteriormente, se realizaron preguntas acerca de la información brindada para abordar la comprensión de la paciente. Por ejemplo, se le pidió explicar con sus propias palabras que es la depresión, lo que ha aprendido de la sesión y que estrategias podría empezar a utilizar. Mencionó que *“La depresión es como un perro negro, como salía en el video, que sigue a uno todo el tiempo, no solo es sentirse triste, es algo que te impide disfrutar de la vida como antes.”*, y *“Pienso que podría intentar disfrutar de los pequeños momentos y no encerrarme tanto. También me gustó la idea de escribir en un diario”*.

Para finalizar se envió una tarea sobre el diario de pensamientos, explicándole que es una técnica efectiva para entender y cambiar la influencia de los pensamientos automáticos, a menudo negativos y distorsionados, en los sentimientos. Se le pidió escribir diariamente, especialmente durante momentos de tristeza o ansiedad, detallando la situación previa, los pensamientos automáticos, y las emociones sentidas, calificando su intensidad. Posteriormente, se le explicó que se analizarán estos registros para identificar patrones,

cuestionar la validez de los pensamientos y aprender a reestructurarlos hacia otros más equilibrados y realistas, mejorando así el estado de ánimo. Finalmente, se realizó un cierre, se brindó motivación y se aclararon dudas.

Se considera que la sesión fue exitosa, ya que la paciente incremento su conocimiento y conciencia sobre la depresión, como afecta al cuerpo y mente, reconocimiento de síntomas, factores que pueden desencadenar a la depresión y estrategias para manejar las emociones, lo cual era el objetivo principal. Además, se evidenció implicación con el proceso, dado que la paciente participó activamente en las preguntas que se le realizaron sobre el tema de depresión.

Durante la sesión, se presentó con un buen estado de ánimo y colaboradora al momento de la psicoeducación, mantuvo contacto visual y estuvo concentrada la psicoeducación fue adecuada a su nivel de escolaridad, logró entender el contenido con una expresión adecuada, tono de voz moderado, se encontraba orientado en tiempo y espacio.

### **Segunda sesión terapéutica**

La técnica de imaginación guiada incluye ejercicios de mindfulness que permiten a la persona utilizar sus sentidos para imaginar situaciones positivas y realistas que contrastan pensamientos negativos, aplicándolos en cualquier situación. Esto es esencial para el desarrollo en pacientes con sintomatología depresiva, ya que ayuda a manejar y reducir los síntomas depresivos, mejorando su bienestar emocional. También aumenta la capacidad de regular las emociones y la atención (Costa & Barnhofer, 2015).

La sesión comenzó con la explicación de los objetivos, enfatizando la importancia de las emociones en la vida cotidiana y cómo la atención plena influye en la experiencia del momento presente, evitando quedarse anclados en el pasado o preocuparse excesivamente por el futuro. Luego, se inició con un ejercicio de mindfulness para centrar a la paciente en el presente. Se le explicó que el mindfulness se podría considerar como una meditación guiada enfocada en la respiración. Esta técnica requiere concentrarse en cada inhalación y exhalación, y notar las sensaciones del cuerpo. Al finalizar, se generó un debate con

preguntas como: ¿Cómo se sintió? ¿Qué fue lo que más disfrutó de este proceso?

Posteriormente, se realizó la técnica de imaginación guiada, como parte de la terapia de aceptación y compromiso, con el objetivo de facilitar la aceptación emocional de la sintomatología depresiva. Se le pidió a la paciente que cerrara los ojos y respirara profundamente varias veces. Luego, se le indicó que imaginara un lugar donde pudiera observar y aceptar sus emociones y pensamientos relacionados con la depresión, sin juzgarlos ni intentar cambiarlos. Se le solicitó que describiera este lugar y las sensaciones asociadas a la aceptación de su experiencia emocional.

Gradualmente, se guio a la paciente para alcanzar un grado de aceptación, animándola a reconocer y aceptar la presencia de su sintomatología depresiva, mientras cultiva una actitud de apertura y compasión hacia sí misma.

Posteriormente, se ofreció tiempo para que reflexione sobre su experiencia y se le pidió que compartiera cómo se sintió durante el ejercicio y qué aprendizajes obtuvo. Finalmente, se realizó un cierre, se aclararon dudas y se felicitó a la paciente por el trabajo realizado.

Se considera que la sesión fue exitosa, ya que la paciente logró un estado de mayor aceptación y apertura hacia su sintomatología depresiva, lo cual es un paso importante en el proceso terapéutico. Además, se evidenció su implicación con el proceso, dado que participó de forma adecuada, mostrándose interesada en cumplir con la actividad, y se mostró receptiva y comprometida con el trabajo de aceptación emocional.

Durante la sesión, la paciente presentó un buen estado de ánimo y se mostró colaboradora al momento de ser guiada para cumplir con el propósito de la sesión. Mantuvo una postura abierta y estuvo atenta a cada explicación e indicación dada.

### **Tercera sesión terapéutica**

La técnica de reestructuración Cognitiva de Beck contribuye en el proceso terapéutico para desafiar y reestructuran los pensamientos automáticos irracionales del paciente mediante preguntas específicas, cuestionando la evidencia que los respalda y buscando

alternativas más realistas. De acuerdo a esta técnica como parte de la observación de tareas, se asigna al paciente la tarea de identificar y registrar sus pensamientos automáticos en situaciones específicas entre sesiones, lo que proporciona información valiosa para su análisis y discusión posterior en terapia. Esta actividad fomenta la conciencia y contribuye a un proceso de cambio efectivo en el paciente (Bados,2010).

La sesión comenzó con la primera parte de la técnica de reestructuración cognitiva, que consistió en una explicación de los pensamientos racionales e irracionales utilizando un cuento como ejemplo, en este cuento se relataba sobre una mujer llamada Martha, quien era una adulta mayor que enseña a su nieta Clara la diferencia entre pensamientos racionales e irracionales. Clara por su parte está preocupada por un proyecto difícil en su trabajo. Marta comparte una experiencia personal sobre cómo superó sus miedos irracionales con soluciones prácticas y explica que los pensamientos racionales ayudan a encontrar soluciones efectivas. Clara entiende la lección y decide enfrentar sus desafíos con una nueva perspectiva.

El objetivo era que la paciente pudiera reconocer y comprender los pensamientos automáticos que influyen en su estado de ánimo. Aquellos fueron "No soy capaz de manejar situaciones difíciles", "Es terrible vivir en este centro." y "Si algo puede salir mal, seguramente saldrá mal." Por ello, las emociones estaban relacionadas a inseguridad, desesperanza, frustración y tristeza. Una vez explicados estos conceptos, se invitó a la paciente a cerrar los ojos y reflexionar sobre los momentos en los últimos días en los que se sintió particularmente triste o sola.

A continuación, se le pidió que identificara qué pensamientos estaban presentes durante esos momentos, utilizando preguntas como: ¿Qué estaba pasando por su mente justo antes o durante esos sentimientos de tristeza o soledad? Para facilitar este proceso, también se le proporcionó una lista de pensamientos irracionales comunes. Después, se realizó una breve discusión sobre cómo cada uno de estos pensamientos contribuía a sus sentimientos de tristeza y soledad, enfatizando que estos pensamientos no siempre reflejan

la realidad y que algunos pueden ser irracionales, exagerados o basados en una percepción distorsionada.

Se considera que la sesión fue exitosa, ya que la paciente logró identificar pensamientos disfuncionales o negativos que contribuían a sus estados de tristeza y soledad. Además, se evidenció su implicación con el proceso, dado que participó activamente en la actividad.

#### **Cuarta sesión terapéutica**

La sesión comenzó con la segunda parte de la técnica de reestructuración cognitiva, cuya finalidad era modificar los patrones de pensamientos irracionales que mantenían los estados de tristeza y soledad en la paciente. Para ello, se trabajó con la mitad de los pensamientos detectados en la sesión anterior a través de la técnica de role-playing. Con la otra mitad de los pensamientos, se desarrolló una tabla donde la paciente debía escribir pensamientos más racionales frente a cada pensamiento irracional, esta actividad de análisis buscaba mejorar su capacidad de modificarlos. Posteriormente, se debatieron estos pensamientos modificados. Al final de la sesión, se hizo una retroalimentación de lo aprendido, se aclararon dudas y se felicitó a la paciente por el trabajo realizado.

Se considera que la sesión logró cumplir con el objetivo planteado, ya que la paciente logró modificar los patrones de pensamiento disfuncionales o negativos que contribuían a sus estados de tristeza y soledad. Además, se evidenció su implicación con el proceso, dado que participó activamente en la actividad.

Durante la sesión, la paciente se presentó con un buen estado de ánimo y se mostró colaboradora al momento de analizar y debatir sus pensamientos. Se mantuvo concentrada en cada indicación y mostró entender el objetivo de la terapia. Se expresó de manera adecuada, con un lenguaje apropiado y un tono de voz moderado. Se determinó que la paciente se encontraba orientada en tiempo y espacio.

#### **Quinta sesión terapéutica**

Según Gabalda (2016), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una forma

de psicoterapia que promueve la aceptación de las experiencias internas y el compromiso con acciones alineadas para los valores personales. En donde, tiene como finalidad clarificar lo que es más importante y significativo para uno mismo y establecer metas de acuerdo con los valores y llevarlas a cabo de manera responsable. En conjunto con la técnica del espejo para la autoestima, que está diseñada para mejorar la auto-percepción y el bienestar emocional. Estas intervenciones ayudan a las personas a vivir vidas más significativas y psicológicamente flexibles.

En esta sesión, se utilizó la técnica del espejo, en la que se empleó un espejo de manera sorpresiva para la paciente. Luego, se llevó a cabo una serie de preguntas para que la paciente fuera consciente de sus fortalezas y características positivas, tanto físicas como intrínsecas y subjetivas. En donde, mencionó "Soy creativa y disfruto mucho de mis pasatiempos como la pintura y la costura". Reconoció su talento y pasión por actividades creativas, las cuales le brindan alegría y un sentido de propósito. También, mencionó: "He sido resiliente a lo largo de mi vida, superando muchas dificultades". Reconoció su fortaleza interna y su capacidad para enfrentar y superar adversidades, lo cual ha sido una constante en su vida. Y por último, comentó: "Tengo un buen sentido del humor que me ayuda a enfrentar los días difíciles con una sonrisa". Esta característica la ayuda a mantener una actitud positiva y resiliente ante los desafíos cotidianos.

Después, se realizó la técnica de los valores personales, en la que se presentó a la paciente un listado de valores en tarjetas (respeto, cordialidad, comprensión, justicia, etc.). Se le explicó que debía jerarquizarlos y compartir en qué situaciones había puesto en práctica cada valor y cómo podría seguir haciéndolo en el futuro. De manera, que la paciente ubicó el respeto como uno de los valores más importantes, debido a su convicción de que todos merecen ser tratados con dignidad y consideración. Por ello, se propuso a respetar las opiniones y decisiones de los demás, incluso cuando no esté de acuerdo. Además, la cordialidad fue jerarquizada como un valor crucial para mantener un ambiente positivo y acogedor. Se comprometió a saludar a cada persona que encuentre con una sonrisa y un

saludo amable y participar en actividades grupales, animando a otros a unirse. Al finalizar, se hizo un compromiso simbólico junto a la paciente para que pusiera en práctica estos valores en situaciones futuras.

Posteriormente, se llevó a cabo una retroalimentación de la actividad y con ello se realizó un cierre, felicitando a la paciente por el trabajo realizado. Se considera que la sesión fue efectiva, ya que se logró que la paciente fuera consciente de sus fortalezas y cualidades positivas, tanto físicas como intrínsecas. Además, se generó interés e importancia en sus valores como persona válida y capaz de enfrentar su vida ante las diversas situaciones.

Durante la sesión, la paciente se presentó con un buen estado de ánimo y se mostró colaboradora al momento de la aplicación de las técnicas. Con ello, se logró el objetivo terapéutico de la terapia de aceptación y compromiso, en donde, el reconocimiento de fortalezas y la clarificación de valores contribuyen a la aceptación de experiencias internas y al compromiso con acciones significativas.

Se expresó de manera adecuada, con un lenguaje apropiado y un tono de voz moderado. Se determinó que la paciente se encontraba orientada en tiempo y espacio.

### **Sexta sesión terapéutica**

La respiración cuadrada es una técnica de respiración que se utiliza para mejorar la relajación y la concentración. Se denomina cuadrada o cuadrática porque se lleva a cabo en cuatro pasos iguales: inhalación, retención, exhalación y retención. Al sincronizar la respiración con un patrón específico se reduce la frecuencia cardíaca y mejora la atención plena en el momento presente, promoviendo regular las emociones y fomentando un mayor equilibrio emocional (Labrador, 2011).

En esta sesión, se dio inicio con una breve explicación sobre la técnica de respiración cuadrática, sus beneficios y el propósito de la sesión. Se le pidió a la paciente que adoptara una postura adecuada, con los ojos cerrados, y se la guio a través del proceso paso a paso. Se dirigió a la paciente a través de varias rondas de la técnica, asegurándose de que estuviera respirando de manera adecuada y uniforme, contando en voz alta para ayudarla a mantener

el ritmo. Posteriormente, se hizo una retroalimentación de la actividad.

Finalmente, se animó a la paciente a practicar la técnica por su cuenta, recomendando que lo hiciera regularmente, especialmente en momentos de estrés. Se dio por cerrada la sesión, felicitando a la paciente por su colaboración y por el desarrollo de la misma.

Se considera que la sesión fue exitosa, ya que se logró inducir un estado de calma en la paciente, su cuerpo se fue relajando y mejoró su atención plena en el momento presente, promoviendo la regulación de las emociones y fomentando un mayor equilibrio emocional.

Durante la sesión, la paciente se presentó con un estado de ánimo bajo y con una postura flexionada, pero se mostró colaboradora al momento de la aplicación de la técnica, en la que se enfocó en el momento presente. Se expresó de manera adecuada, con un lenguaje apropiado y un tono de voz moderado. Se determinó que la paciente se encontraba orientada en tiempo y espacio.

### **Séptima sesión terapéutica**

En la técnica de reminiscencia, se busca trabajar en la liberación de memorias placenteras o recuerdos felices, vinculando así al paciente con sus logros pasados y momentos emotivos. A través de esta técnica que se basa en una corriente humanista, se trabajan no solo las funciones mentales superiores como memoria y la capacidad de trabajar su funcionamiento (Moreno, 2009), sino también los aspectos emocionales y afectivos de la paciente. Esta técnica se tomó en consideración tomando como referencia el programa OnMente desarrollado por Mouriz (2016).

Para desarrollar esta técnica se utilizaron materiales que puedan evocar recuerdos, como fotografías, música de su época y objetos personales significativos. Luego se le expusieron preguntas para el debate relacionadas al material. Manteniendo interés genuino y se validó sus emociones de alegría o melancólicas. Al final de la sesión, se reflexionó con la paciente sobre la experiencia de recordar y compartir sus recuerdos.

De esta forma, primero se trabajó en la evocación de recuerdos placenteros y felices de la paciente, vinculándola con sus logros pasados y momentos emotivos. Para ello, se

generó un ambiente tranquilo y acogedor, con música de fondo acorde a la edad de la paciente, en esta ocasión, se utilizaron pasillos. Se le fueron presentando fotografías antiguas de eventos acontecidos en el país y fotos antiguas de la ciudad de la paciente.

En el desarrollo de la sesión, se le fue explicando que el objetivo era recordar eventos significativos, enfatizando en recuerdos agradables. Seguidamente, se le hicieron una serie de preguntas para el debate relacionadas con el material presentado. La paciente fue compartiendo cada uno de los momentos que le recordaban aquellas épocas y reaccionando a los estímulos presentados, mientras se le iba mostrando cada una de las fotos. La terapeuta mostró en todo momento interés genuino y validó las emociones de la paciente, independientemente de si los recuerdos eran alegres o melancólicos. Aquellos fueron en su niñez y adultez donde recordaba los momentos felices junto a sus seres queridos y anécdotas importantes que le satisfacían. Al finalizar la sesión, se reflexionó con la paciente sobre la experiencia de recordar y compartir sus recuerdos.

Se considera que la sesión fue exitosa, ya que la paciente logró recordar aspectos o experiencias importantes de su pasado, favoreciendo la comunicación y generando sentimientos de bienestar, lo que contribuyó a mejorar su autoestima. Además, se ayudó a reducir los sentimientos de tristeza y soledad en la paciente.

Durante la sesión, la paciente se presentó con un buen estado de ánimo y se mostró colaboradora durante la aplicación de la técnica. Se logró el objetivo terapéutico de mejorar su estado de ánimo.

### **Octava sesión terapéutica**

El entrenamiento en autoinstrucciones es una técnica que requiere antes de la aplicación del procedimiento, saber cuáles son las autoverbalizaciones que forman parte del procedimiento repertorio del sujeto a la hora de ejecutar una determinada tarea. Para ello, se le pide que se auto observe y registre su autodiálogo interno. A manera de que el sujeto lo utilice como guía para ejecutar y controlar determinado modo de acción, influyendo en los comportamientos como un monólogo interno con afirmaciones que indican como pensar,

comportarnos y ejecutar algunas tareas (Labrador, 2011).

En esta sesión, se inició repasando los conceptos de pensamientos negativos (o creencias irracionales) que se trabajaron en la reestructuración cognitiva en sesiones anteriores, lo cual servía también de apoyo para la sesión que se llevaría en esta ocasión. Se explicó a la paciente qué son las autoinstrucciones y su propósito, de una forma clara y sencilla, enfatizando que son frases que nos decimos a nosotros mismos mentalmente para influir en nuestros pensamientos y emociones.

Junto con la paciente, se identificaron situaciones recientes en las que surgieron varios pensamientos negativos. La paciente seleccionó uno a uno estos pensamientos y situaciones para trabajar en la sesión. Seguidamente, se guio a la paciente en el desarrollo de autoinstrucciones específicas que contrarrestaran los pensamientos negativos identificados. Por ejemplo, frente al pensamiento "Soy incapaz de manejar esto", una autoinstrucción podría ser "He manejado situaciones difíciles antes y puedo hacerlo ahora".

Finalmente, se estableció un plan para que la paciente practicara las autoinstrucciones diariamente, especialmente en momentos de estrés o cuando surgieran pensamientos negativos.

Se concluyó aplicando el re-test, en donde se realizó la aplicación de instrumentos psicológicos para evaluar los cambios de la paciente en la aplicación del plan terapéutico, estos fueron, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15), el Test de soledad de UCLA y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-2). Por último, se cerró la sesión, agradeciendo a la paciente por su cooperación y felicitándola por el trabajo realizado a lo largo del plan terapéutico.

Se considera que la sesión fue exitosa, ya que se fomentó la conciencia de los pensamientos, emociones y comportamientos que pueden influir en la sintomatología depresiva.

Durante la sesión, la paciente se presentó con un buen estado de ánimo y se mostró colaboradora durante la aplicación de la técnica. Se logró hacer una recapitulación de todo lo

aprendido y la paciente lo aplicó de manera correcta. Se expresó de manera adecuada, con un lenguaje apropiado y un tono de voz moderado. Se determinó que la paciente se encontraba orientada en tiempo y espacio.

## Capítulo tres

### Resultados

#### 3.1 Resultados cuantitativos y cualitativos

En el presente estudio se emplearon diversos instrumentos a fin de conseguir una evaluación integral de la paciente, aquello permitió obtener una valoración en términos cuantitativos como cualitativos, después de la implementación del plan de tratamiento. Los instrumentos empleados en este caso fueron:

- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15)
- Test de soledad de UCLA
- Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-2)

Los instrumentos utilizados permitieron medir y comparar diferentes aspectos de la paciente, tanto al inicio como al final de las intervenciones terapéuticas, entre ellos estaba los síntomas depresivos y nivel de soledad. De manera que a continuación se presentarán y analizarán detalladamente los resultados obtenidos mediante cada uno de los instrumentos psicológicos empleados.

##### 3.1.1 Análisis de resultados cuantitativos

Tras la aplicación de los instrumentos psicométricos en dos momentos distintos, antes y después de la intervención terapéutica, se obtuvieron resultados cuantitativos que reflejan algunos cambios en la paciente. La tabla 5 muestra los resultados pre y post-tratamiento para cada uno de los test aplicados.

**Tabla 3**

*Resultados cuantitativos*

| <b>Instrumento</b>   | <b>Resultados pre-intervención</b> | <b>Resultados post-tratamiento</b> |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15)</b> | <b>Escala general: 4 puntos</b>    | <b>Escala general: 8 puntos</b>    |
| <b>Test de soledad de UCLA</b>                             | <b>Escala general: 35 puntos</b>   | <b>Escala general: 25 puntos</b>   |

**Inventario de  
Depresión de Beck-II  
(BDI-2)**

**Escala general: 43 puntos**

**Escala general: 29 puntos**

---

*Nota.* La tabla presenta los resultados pre y post-tratamiento obtenidos por la paciente en los diferentes instrumentos psicométricos aplicados.

Los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) mostraron un aumento en la puntuación, pasando de 4 puntos en el pre-test a 8 puntos en el post-test. Este resultado, aparentemente contradictorio puede atribuirse a un factor del contexto de la paciente, y es que al momento de la aplicación del pre-test acababa de regresar de unas vacaciones con su familia. Este período de tiempo fuera del centro geriátrico probablemente tuvo un efecto positivo temporal en su estado de ánimo, mejorando la sintomatología depresiva. Sin embargo, una vez que la paciente regresó al centro y pasaron unos días, su estado de ánimo volvió a decaer. A lo largo de las sesiones de terapia, la paciente fue desarrollando una mayor conciencia de sus emociones y pensamientos, lo que podría haber llevado a una evaluación más precisa de sus síntomas depresivos en el post-test.

Respecto al test de soledad de UCLA, se observó una disminución significativa en el puntaje general. La puntuación paso de 35 puntos a 25 puntos en el post-test. Estos cambios sugieren una disminución en niveles de soledad percibidos por la paciente.

Por último, en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), se observó un cambio notable en los síntomas depresivos. Antes del tratamiento, la paciente presentó un puntaje de 43 puntos, mientras que después de la intervención, pasó a 29 puntos. Se consideró aplicar este reactivo, que también evalúa depresión debido al inconveniente en el puntaje presentado con el test de Yesavage al cual se hizo referencia previamente. De esta forma, mediante este instrumento se buscó confirmar si la paciente tenía síntomas de depresión y estos mejoraban con el tratamiento, la reducción del puntaje permitió corroborar aquello. Este cambio posiblemente se deba a la modificación de los pensamientos irracionales presentes en un inicio y que contribuían a un malestar emocional significativo caracterizado por la soledad y tristeza.

En resumen, los resultados cuantitativos evidencian cambios significativos en la paciente. Aunque la GDS-15 mostró un aumento en la puntuación, tanto el Test de UCLA como el BDI-2 reflejaron mejoras notables, indicando una reducción en los niveles de soledad y en la severidad de los síntomas depresivos. Estos hallazgos respaldan la eficacia de la intervención terapéutica implementada.

### **3.1.1 *Análisis de resultados cualitativos***

El presente análisis tiene como propósito profundizar en la comprensión de los cambios experimentados por la paciente en relación con la sintomatología depresiva desde una perspectiva cualitativa. Mediante entrevistas semiestructuradas, observaciones e instrumentos psicológicos, se abordarán aspectos como la percepción del bienestar emocional, las modificaciones en la calidad de vida y las interacciones sociales. Este enfoque busca ofrecer una visión holística del impacto del tratamiento en la vida de la paciente.

Los resultados cualitativos reflejan una mejora significativa en la variable de sintomatología depresiva después de la intervención terapéutica. Antes del tratamiento, la paciente presentaba un patrón de pensamientos irracionales y conductas inadecuadas, que había generado deterioro en diferentes áreas de su vida. La sintomatología depresiva estaba asociada a sentimientos de culpabilidad, tristeza, baja autoestima, anhedonia y aislamiento social.

Sin embargo, después de la intervención, la paciente mostró una reducción de la sintomatología depresiva. Se observaron mejoras significativas en el desarrollo de habilidades de afrontamiento y autorregulación. Incluyendo el fortalecimiento de la autoconciencia, autorreflexión, establecimiento de metas, el manejo de emociones, y resolución de problemas.

La paciente expresó su compromiso para afrontar las situaciones manera positiva enfocándose en el presente y sintiéndose capaz de tomar decisiones difíciles. Además, se comprometió a implementar estrategias para mejorar sus interacciones con los compañeros del centro, reconociendo la importancia de un entorno saludable. Se observó un

fortalecimiento del estado emocional, con la paciente mostrando mayor motivación, optimismo y empoderamiento. Desarrollo de habilidades adaptativas para la gestión del estrés y la relajación, con el uso de ejercicios de respiración y el establecimiento de metas claras para mantener un estado emocional equilibrado. En conjunto, estos resultados cualitativos sugieren una mejora en la calidad de vida de la paciente y en su capacidad para manejar los síntomas depresivos, respaldando la intervención terapéutica.

## Discusión

El presente estudio de caso se centró en la evaluación y el tratamiento de una paciente geriátrica de 87 años que cumplía con los criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) de severidad moderada. Dada la comorbilidad y el deterioro funcional que la depresión geriátrica conlleva, se diseñó un procedimiento terapéutico que fusiona componentes de terapias empíricamente validadas: TCC, ACT y aproximaciones humanísticas. Los hallazgos clave del caso incluyen una reducción significativa en los síntomas depresivos medidos por el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), una disminución en los niveles de soledad evaluados por la Escala de Soledad de UCLA, y una mejora en las habilidades de afrontamiento y autorregulación.

En lo que respecta al proceso de, evaluación, en este estudio se emplearon diferentes escalas, tales como la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, este es un protocolo de evaluación validado para el screening de trastornos afectivos en la población gerontológica. Fue creado debido a que los inventarios estándar no lograban capturar las particularidades nosológicas de la depresión en la vejez. En un estudio reciente de Tartaglini et al. (2023) evaluó la validez del constructo de la versión abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) mediante un análisis factorial confirmatorio en adultos mayores de Buenos Aires. Los resultados confirmaron la fiabilidad del GDS tanto en formatos tradicionales como digitales, demostrando su eficacia para diferenciar niveles de depresión y puntos de corte precisos entre normalidad, depresión menor y mayor.

En nuestro caso, es importante manifestar que al aplicar este instrumento la paciente presento bajos niveles de depresión, a un nivel, subumbral. Se considera que esto puede deberse a un intervalo vacacional, que podría haber ejercido un efecto amortiguador sobre la afectividad negativa. Este hallazgo resalta la importancia de considerar factores contextuales en la interpretación de los resultados, así como la necesidad de evaluaciones longitudinales para capturar la variabilidad del estado de ánimo en adultos mayores.

En cuanto a la Escala de Soledad de UCLA, aplicada en esta investigación para

valorar sistemáticamente los niveles de soledad. Un estudio longitudinal realizado en una población geriátrica española, asoció el presente test con diversas morbilidades físicas y psicopatologías, mostrando una prevalencia significativamente elevada en la vejez. Los investigadores analizaron los datos de una cohorte longitudinal de 335 adultos mayores de 55 años, participantes en programas de estimulación cognitiva. Los hallazgos del análisis factorial exploratorio con modelos de ecuaciones estructurales (ESEM) provee evidencia psicométrica adecuada respecto a su fiabilidad y validez de constructo en esta población específica (Sancho, et., al 2020). La aplicabilidad del instrumento en nuestro caso se vio respaldada por estos hallazgos, siendo particularmente relevante dado que nuestra paciente exhibía niveles elevados de soledad potencialmente vinculados a su estancia en un centro residencial.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) también demostró ser una herramienta útil en nuestro estudio. Investigaciones previas han examinado su eficacia en adultos mayores encontrando una correlación positiva con la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) ( $r = 0,71$ ) y una buena consistencia interna ( $r = 0,85$  y  $0,84$ , respectivamente) (Giordano et al., 2007).

Los resultados de este estudio sugieren que las revisiones realizadas al BDI-II no han alterado su uso potencial en poblaciones de adultos mayores. Sin embargo, es posible que los médicos prefieran utilizar la GDS al evaluar la depresión en mujeres mayores, ya que las preguntas específicas que se encuentran en la GDS pueden ser más relevantes para esa población específica. Los datos empíricos avalan que el BDI-II en este caso clínico ha demostrado ser eficaz, corroborando la validez de las revisiones realizadas y su aplicabilidad en el diagnóstico de depresión en adultos mayores. Los hallazgos sugieren que mientras el BDI-II es una herramienta útil y efectiva, la elección del instrumento puede variar según el enfoque específico y las necesidades del grupo demográfico evaluado (Jefferson et al., 2001).

La Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA), utilizada para medir la función cognitiva en seis dominios: memoria, capacidad visuoespacial, función ejecutiva, lenguaje y orientación, mostró ser adecuada en nuestro caso. Esto concuerda con el estudio realizado

por Saleh et al. (2019) que validó empíricamente el MoCA para la evaluación cognitiva ancianos egipcios, demostrando una alta precisión en la discriminación entre diferentes niveles de deterioro cognitivo. De manera que este estudio que incluyó a 93 pacientes de 60 años o más, permitió concluir que el instrumento tenía un buen nivel de consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.915, y una validez adecuada para discriminar entre sujetos normales y aquellos con deterioro cognitivo leve y mayor (Saleh et al., 2019).

En cuanto al tratamiento, nuestro enfoque combinó terapia cognitivo-conductual (TCC), aceptación y compromiso (ACT), humanista. En este sentido, se emplearon técnicas como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, auto instrucciones, análisis de valores personales, técnica del espejo, mindfulness, respiración cuadrada y técnica de reminiscencia.

Se empleó la psicoeducación, que permitió proporcionar información y educación sobre la naturaleza de la depresión, sus síntomas, causas, y opciones de tratamiento. La reestructuración cognitiva permitió la identificación y modificación de pensamientos poco racionales. Las auto instrucciones tuvieron como finalidad fortalecer la resiliencia de la paciente mediante la internalización de frases positivas y motivadoras. De esta forma, en un estudio de revisión sistemática sobre la terapia cognitivo-conductual (TCC) y las técnicas de reminiscencia para tratar la depresión en personas mayores de 65 a 84 años en un entorno psiquiátrico comunitario, se encontró que la psicoterapia cognitivo conductual y herramientas como la reminiscencia, fueron más efectivas que el placebo en reducir los puntajes de depresión. No hubo diferencias significativas entre la TCC y la reminiscencia en la mejora de la depresión. Lo que sugiere que ambas son opciones viables para el tratamiento de la depresión en adultos mayores (Peng et al., 2009). Esto valida los resultados de nuestro estudio, ya que se lograron resultados positivos, con la ayuda de las técnicas efectuadas, para el aumento de la memoria autobiográfica y reducción de los síntomas depresivos, además de aumentar la autoestima y la satisfacción con la vida.

La técnica de valores personales, que tiene como finalidad identificar y alinear las acciones con los valores, mejorando el bienestar emocional; y La técnica de autoestima

mediante el uso del "espejo" a fin de promover una autoimagen positiva y aumento de la autoestima también encuentran respaldo en la literatura. El estudio de Davison et al. (2017), que incluyó a 60 participantes mayores de 65 años diagnosticados con depresión mayor, respalda el uso de estas técnicas. Aquí se dividió en tres grupos a la muestra: uno que recibió ACT con intervención en valores personales y uso del espejo, otro que solo recibió ACT, y un grupo control con tratamiento habitual. La técnica de valores personales consistió en identificar y alinear acciones con valores fundamentales, mientras que la técnica del espejo promovió la mejora de la autoimagen y la autoestima mediante afirmaciones positivas. Los resultados mostraron que el grupo que recibió la intervención combinada presentó una reducción significativa de los síntomas depresivos, mejora en la autoestima y una mayor alineación de acciones con valores personales, en comparación con los otros grupos.

Por lo cual, la integración de estas técnicas es eficaz en la reducción de la depresión y el bienestar emocional en personas mayores.

Así mismo, la incorporación de mindfulness y respiración cuadrática en nuestra investigación se alinea con investigaciones como la de Ahmadpanah et al. (2017), quienes investigaron a eficacia de la técnica de mindfulness combinado con imaginación guiada (DM) en mujeres ancianas con trastorno depresivo mayor. La investigación que incluyó a 34 mujeres mayores con una media de edad de 69.23 años y diagnóstico de depresión moderada, permitió concluir que el uso de estas técnicas se relaciona con una reducción significativa en los síntomas de depresión y ansiedad, manteniéndose los beneficios en el seguimiento a las 8 semanas. Verificando de esta manera que el estudio tiene relación y efectividad con el caso clínico ya que se cumple con los objetivos planteados.

A pesar de la efectividad demostrada en este caso, es importante reconocer las limitaciones inherentes a un estudio de caso único a fin de que futuros estudios puedan abordar estas limitaciones mediante el uso de diseños de investigación, tales como: ensayos controlados aleatorizados con muestras más grandes y seguimientos a largo plazo. Para concluir se destaca la evidencia sobre la efectividad de un enfoque terapéutico basado en la

TCC, la terapia aceptación y compromiso y enfoque humanista para el tratamiento de la depresión mayor. Se destaca de forma significativa que es necesario que los profesionales de la salud mental pueden considerar la aplicación de estas técnicas en su práctica clínica, adaptándolas a las necesidades individuales para cada paciente.

## Conclusiones

En el marco de una evaluación psicológica, que incluyó tanto entrevista semiestructurada como pruebas específicas para detectar la depresión y observaciones clínicas. Se basó en síntomas tales como una tristeza constante, aislamiento de su entorno social, persistentes sentimientos de desesperanza, insomnio, culpa y recurrentes pensamientos de sobregeneralización de indefensión aprendida que le provocaron un malestar significativo en diversas áreas de su vida cotidiana. Consecuentemente, se llevó a cabo un análisis detallado, esencial para comprender la durabilidad de los síntomas y para estructurar un tratamiento centrado en los aspectos emocionales más afectados de la paciente.

En el diagnóstico, se contempló la observación y entrevista clínica con base a los criterios del DSMV, la aplicación de instrumentos psicológicos fiables (Inventario de Depresión de Beck-II, UCLA, entre otros), considerando las manifestaciones evidenciadas y referidas por el paciente.

Para el tratamiento se combinó la terapia cognitivo-conductual con técnicas de aceptación y compromiso y enfoques humanistas, resultando beneficioso para aliviar los síntomas de depresión en la paciente. A través de la reestructuración cognitiva, el paciente pudo desafiar eficazmente sus pensamientos y creencias irracionales. Las técnicas de aceptación y compromiso le permitieron mejorar su autoaceptación y dedicarse plenamente a sus valores fundamentales, aún en situaciones de emociones negativas. Por último, el enfoque humanista jugó un papel crucial en el fortalecimiento de su autoestima, la reconstrucción de su identidad personal y su adaptación a las circunstancias actuales.

### **Recomendaciones**

Para futuras investigaciones y estudios de casos clínicos, se recomienda la evaluación integral, como entrevistas clínicas estructuradas, escalas de valoración psicológica, y pruebas neuropsicológicas. Estas herramientas permiten un adecuado tratamiento acerca de la sintomatología en los diferentes tipos de trastornos mentales que aquejen a cada uno de los adultos mayores.

Para la elaboración del diagnóstico se sugiere la exploración de los criterios diagnósticos que plantea el DSM-V, mismo que permitirá tener una mayor amplitud de información acerca de las patologías. Se recomienda considerar la aplicación de estas intervenciones en pacientes con perfiles y síntomas similares. Además, la publicación de casos que se evidencie la evolución del tratamiento en el cambio de vida de los adultos mayores para la depresión. Por último, dar seguimiento a los cambios presentados por el paciente y de esta manera ajustar el enfoque terapéutico según sea necesario.

## Referencias

- Aguilar-Navarro, Sara Gloria, Fuentes-Cantú, Alejandro, Ávila-Funes, José Alberto, & García-Mayo, Emilio José. (2007). Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Pública de México*, 49(4), 256-262.
- Ahmadpanah, M., Akbari, T., Akhondi, A., Haghghi, M., Jahangard, L., Bahmani, D. S., Bajoghli, H., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S. (2017). Detached mindfulness reduced both depression and anxiety in elderly women with major depressive disorders. *Psychiatry Research*, 257, 87-94.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bados López, A., & García Grau, E. (2010). La Técnica de la reestructuración cognitiva.
- Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35(9), 1241-1252.
- Caro Gabalda, I. (2016). Terapia lingüística de evaluación y terapia de aceptación y compromiso: una reflexión teórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 113-124.
- Carriedo, N., Corral, S., Montoro, P. R., Herrero, L., & Sastre, G. (2018). The influence of emotional intelligence on academic performance and self-concept in adolescents. *Frontiers in Psychology*, 9, 1070.
- Contreras, C. (2017). Creencias Irracionales de Albert Ellis en los estudiantes de una universidad privada de Lima Este. *PsiqueMag*, 6(1).
- Costa, A., & Barnhofer, T. (2015). Turning Towards or Turning Away: A Comparison of Mindfulness Meditation and Guided Imagery Relaxation in Patients with Acute Depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(4), 410-419.
- Caiza, I. S., & Vega, R. (2021). Prevalencia de depresión en adultos mayores que viven en Ecuador y factores contribuyentes: un estudio basado en la población. *Revista de Salud Pública*.

- Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Calderero, M. (2014). La depresión en la vejez: Una revisión sobre los factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(2), 85-105.
- Córdoba, J. A., López, A. L., & Martínez, A. P. (2012). Impacto de la depresión en la funcionalidad social y laboral: Una revisión de la literatura. *Salud Mental*, 35(4), 285-292.
- David, D., Kangas, M., Schnur, J. B., & Montgomery, G. H. (2018). The role of irrational beliefs in emotional problems: A meta-analysis. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 36(2), 145-163.
- Davison, T., Eppingstall, B., Runci, S., & O'Connor, D. (2017). Un ensayo piloto de la terapia de aceptación y compromiso para síntomas de depresión y ansiedad en adultos mayores residentes en centros de cuidado a largo plazo. *Aging & Mental Health*, 21, 766-773.
- Fernandez, L. L., de Pádua, A. C., Hoffmann, S., Calvetti, P. Ü., Schaab, B. L., & Reppold, C. T. (2023). Positive attributes in elderly people with different degrees of depression: a study based on network analysis. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 36(1).
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389.
- Guerra, M., Ferri, C., Sosa, A. L., Salas, A., Gaona, C., Gonzáles, V., Rojas de la Torre, G., & Prince, M. (2009). Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 195(6), 510-515.
- Gutiérrez-Rojas L, Porrás-Segovia A, Dunne H, Andrade-González N, Cervilla JA. (2020). Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Braz J Psychiatry*, 42 (6), 657-672.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and Anxiety*, 21(4), 185-192.
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud

- mental: una herramienta para pacientes y familiares, *Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173.
- Gómez-Angulo, C. & Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10 (3), 735-743.
- Global Burden of Disease Study. (2020). Global prevalence of depression in older adults. *The Lancet Psychiatry*, 7(1), 55-69.
- Gupta, A., & Singh, R. (2022). Impact on Quality of Life in Cancer Patients. *Journal of Medical Research*, 15(3), 45-53.
- Giordano, M., Tirelli, P., Ciarambino, T., Gambardella, A., Ferrara, N., Signoriello, G., Paolisso, G., & Varricchio, M. (2007). Screening of Depressive Symptoms in Young–Old Hemodialysis Patients: Relationship between Beck Depression Inventory and 15-Item Geriatric Depression Scale. *Nephron Clinical Practice*, 106, c187-c192.
- Jefferson, A., Powers, D. V., & Pope, M. (2001). Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and the Geriatric Depression Scale (GDS) in Older Women. *Clinical Gerontologist*, 22(3), 12-3.
- Knight, B. G., & Laidlaw, K. (2012). *Translational Research on Aging and Depression: Better Practices, Better Outcomes*. American Psychological Association.
- Lestari, S., Mistivani, I., Rumende, C. M., & Kusumaningsih, W. (2017). Comparison between mini mental state examination (MMSE) and Montreal cognitive assessment Indonesian version (MoCA-Ilna) as an early detection of cognitive impairments in post-stroke patients. *Journal of Physics: Conference Series*, 884, 012153.
- Loureiro, C. C. d. S., García, C., Adana, L., Yacelga, T., Rodríguez Lorenzana, A., & Maruta, C. (2018). Uso del test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) en América Latina: revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 66(12), 39.

- Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2007). Irrational beliefs and the psychophysiological stress response: Evidence for cognitive mediation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 25*(3), 168-176.
- Mouriz, R., Facal, D., & Dosil, M. (2016). Programa de intervención cognitiva en demencias. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 51*(4), 208-217.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Mental Health of Older Adults*. Ginebra: OMS.
- Perpiñá, C. (2012). *Manual de entrevista psicológica*. Ediciones Pirámide.
- Peng, X.-D., Huang, C.-Q., Chen, L.-J., & Lu, Z.-C. (2009). Terapia Cognitivo-Conductual y Técnicas de Reminiscencia para el Tratamiento de la Depresión en los Ancianos: Una Revisión Sistemática. *Journal of International Medical Research, 37*(4), 975-982.
- Pérez, M. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. España: Pirámide.
- Rodríguez-Hidalgo, E., García-Alba, J., Novell, R., & Esteba-Castillo, S. (2023). The Global Deterioration Scale for Down Syndrome Population (GDS-DS): A Rating Scale to Assess the Progression of Alzheimer's Disease. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*.
- Saleh, A. A., Alkholy, R., Khalaf, O., Sabry, N., Amer, H., El-Jaafary, S., & Khalil, M. A. (2019). Validación del Montreal Cognitive Assessment-Basic en una muestra de ancianos egipcios con trastornos neurocognitivos. *Aging & Mental Health, 23*(4), 551-557.
- Sancho, P., Pinazo-Hernandis, S., Donio-Bellegarde, M., & Tomás, J. (2020). Validation of the University of California, Los Angeles Loneliness Scale (version 3) in Spanish older population: An application of exploratory structural equation modelling. *Australian Psychologist, 55*, 283 - 292.
- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario para la Depresión de Beck–Segunda Edición (BDI-II) en pacientes españoles con trastornos psicológicos. *Canales de Psicología, 29*(1).
- Sanz, J., Perdigón, AL, & Vazquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general.

Clínica y Salud, 14 (3), 249-280.

- Shin, C., Park, M., Lee, S., Ko, Y., Kim, Y., Han, K., Jeong, H. y Han, C. (2019). Utilidad de la escala de depresión geriátrica de 15 ítems (GDS-15) para clasificar los trastornos depresivos menores y mayores entre las personas mayores que viven en la comunidad. *Journal of affective disorders*, 259, 370-375.
- Smith, J., Brown, A., & Garcia, L. (2022). Impact of contextual factors on depression in older adults: A case study approach. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(3), 123-145.
- Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S., & García-de-Cecilia, J. M. (2016). Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 42(3), 177–183.
- Wang, Y.-P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 416-431.
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods* (5th ed.). Sage Publications.
- Zanon, C., Hutz, C. S., Yoo, H., & Hambleton, R. K. (2016). An application of item response theory to psychological test development. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 29(1), 1-10.