



UTPL

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Soledad: Estudio de caso en un adulto mayor bajo un
modelo integral**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autora: Pucha Verdezoto, Melany Nathaly

Director: Valarezo Guzmán, Erick Gabriel

LOJA

2024



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

2024

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 26 de septiembre de 2024

Magíster

Gianella Lisseth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Titulación denominado: Soledad: Estudio de caso bajo un modelo integral realizado por Melany Nathaly Pucha Verdezoto, 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 conciencia 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.

Atentamente,

Director: Erick Gabriel Valarezo Guzmán, Mgtr.

C.I.: 0705954154

Correo electrónico: egvalarezo@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Melany Nathaly Pucha Verdezoto, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: Soledad: Estudio de caso bajo un modelo integral de la carrera de Psicología Clínica específicamente de los contenidos comprendidos en: Capítulo 1: Marco Teórico; Capítulo 2: Metodología, Capítulo 3: Resultados y Discusión., siendo Erick Gabriel Valarezo Guzmán, director del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

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

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

.....

Autor: Melany Nathaly Pucha Verdezoto

C.I.: 1105845687

Correo electrónico: mpucha@utpl.edu.ec

Dedicatoria

El presente trabajo de titulación es dedicado para mí, por saber afrontar el desafío de obtener una Licenciatura en Psicología Clínica, cumpliendo así el sueño de una pequeña niña con el deseo de ayudar a las personas y teniendo en cuenta que los deseos si se cumplen. También va dedicado a mis padres Mónica e Hitalo que con cada uno de sus esfuerzos han sabido sacarnos adelante y son un impulso en cada uno de mis objetivos, a mis hermanas Scarlet y Paula que son un motor principal en mi vida, porque las he visto crecer poco a poco y este logro no estaría completo sin la presencia de ellas.

También dedico este trabajo a mis mascotas Koldum, Osa y Sarabi que han sido una compañía al hacer deberes, así mismo, a dos seres que llegaron a la casa a iluminar mis fines de semana Sansón y Paganini, por último, a mis estrellas fugaces que iniciaron esta aventura conmigo, pero me verán desde arriba lograrlo: Bengi, Hades, Luna y Rey Arturo.

Agradecimiento

Deseo expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que hicieron posible el poder obtener el título de Licenciada en Psicología Clínica.

En primer lugar, agradezco a la Virgen del Cisne por cumplirme el deseo de poder ingresar a mi carrera soñada.

A mi familia, especialmente a mis padres con su apoyo incondicional, a mis hermanas por ser mi motivación y alegrarme los días con sus ocurrencias en este largo proceso. Así mismo, a mis abuelitos que me recibieron con los brazos abiertos en su casa, dándome apoyo emocional y moral, sin dejar de lado a mis tíos que también han sido mis guías, por ayudarme en cada actividad que se presentaba en la universidad y necesitaba de participantes, gracias.

A mis amigos, especialmente a Joselyn, Stephanie, Bélgica, David, Carlos, Monserrath, Sarita, Scarleth, Dayana y Anahí que me ayudaron en esta travesía llamada universidad y cursar dos carreras, porque fueron un sostén para poder entregar los deberes y diversas actividades académicas.

Finalmente, a todas las personas que han estado de cierta forma presentes y han aportado con un granito de arena para poder recibir el gran y anhelado título.

Gracias infinitas a todos.

Índice de contenido

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice de contenido	VII
Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno	6
<i>Marco teórico</i>	6
1.1 Presentación del caso	6
1.1.1 <i>Identificación del paciente</i>	6
1.1.2 <i>Motivo de consulta</i>	7
1.1.3 <i>Historia del problema y descripción de la sintomatología</i>	7
1.2 Proceso de evaluación	8
1.3 Proceso diagnóstico.....	15
1.3.1 <i>Diagnóstico presuntivo</i>	15
1.3.2 <i>Diagnóstico diferencial</i>	16
1.3.3 <i>Diagnóstico definitivo</i>	20
<i>Metodología</i>	22

2.1	Tratamiento/Intervención	22
2.1.1	Objetivos terapéuticos	22
2.1.2	Plan de tratamiento/intervención	23
	Capítulo tres	34
	Resultados	34
	Discusión	39
	Recomendaciones	48
	Referencias	49

Índice de tablas

Tabla 1.	Funciones Mentales	10
Tabla 2.	Batería de Reactivos Aplicados	14
Tabla 3.	F32.0 Episodio depresivo leve.....	16
Tabla 4.	F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada	17
Tabla 5.	Z60.2. Problemas Relacionados con Persona que Viven Solas	21
Tabla 6.	Plan de Intervención Terapéutico	23
Tabla 7.	Análisis cualitativo de síntomas presentes en la observación clínica	38

Índice de figuras

Figura 1.	Genograma Familiar	6
Figura 2.	Resultados de la Escala de Soledad de UCLA	34
Figura 3.	Resultados de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	35
Figura 4.	Resultados de los Factores de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.....	36
Figura 5.	Resultados de la Escala de Vida (WHOQL-OLD 24).....	37

Resumen

El siguiente trabajo presenta un estudio de caso enfocado en un adulto mayor de 95 años. En primera instancia se realizó una valoración mediante técnicas de evaluación, entre ellas, la entrevista y observación clínica, aplicación de instrumentos como: Escala de Depresión de Yesavage, Escala de Soledad de UCLA, Bienestar Psicológico de Ryff, Calidad de vida de la OMS, Salud General de Goldberg. Se determinó un diagnóstico definitivo: Z60.2 Problemas relacionados con persona que viven solas. Los objetivos terapéuticos fueron reducir la sintomatología presentada, aumentar el bienestar psicológico y mantener la calidad de vida mediante estrategias psicoterapéuticas. Se aplicó un plan terapéutico integral, el cual incluye técnicas de las Terapias de Tercera Generación y Terapia Cognitivo-Conductual. Los resultados fueron favorables disminuyendo la sintomatología de la soledad, aumentando el bienestar psicológico y mantener la calidad de vida en el adulto mayor. Finalmente, se discute los instrumentos, técnicas, limitaciones y hallazgos durante todo el proceso de evaluación e intervención, permitiendo generar una nueva línea de investigación sobre esta problemática poco estudiada.

Palabras clave: Adultos mayores, soledad, bienestar psicológico.

Abstract

The following work presents a case study focused on a 95-year-old elderly individual. Initially, an assessment was conducted using evaluation techniques including clinical interviews and observations, as well as the application of instruments such as: the Yesavage Geriatric Depression Scale, the UCLA Loneliness Scale, Ryff's Psychological Well-Being Scale, WHO Quality of Life, and Goldberg's General Health Questionnaire. A definitive diagnosis was determined: Z60.2 Problems related to living alone. The therapeutic objectives were to reduce the presented symptoms, increase psychological well-being, and maintain quality of life through psychotherapeutic strategies. An integrated therapeutic plan was implemented, incorporating techniques from Third Generation Therapies and Cognitive-Behavioral Therapy. The results were favorable, showing a decrease in symptoms of loneliness, an increase in psychological well-being, and maintenance of quality of life in the elderly individual. Finally, the instruments, techniques, limitations, and findings throughout the evaluation and intervention process are discussed, allowing the generation of a new line of research on this understudied issue.

Keywords: Elderly individuals, loneliness, psychological well-being.

Introducción

La soledad es una sensación que afecta en diferentes medidas a todas las poblaciones, generando diversas emociones y pensamientos, ocasionando así un malestar en las personas. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (2023) indica que “La soledad y el aislamiento social son factores de riesgo clave para las afecciones de salud mental en etapas posteriores de la vida”.

La soledad es una problemática que está relacionada a la salud mental, y la salud mental comprende trastornos mentales, discapacidades psicosociales, estados mentales asociados a un alto grado de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva (Organización Mundial de la Salud, 2022). Su relación consiste en un malestar que afecta significativamente a las esferas del ser humano, la cual no permite que se desarrolle con normalidad y surjan problemáticas que predispongan o aceleren el crecimiento de alguna patología mental.

Al relacionar la soledad con los adultos mayores se encuentra que del 20 al 40% de las personas de tercera edad presenta un sentimiento de soledad (Camargo y Chavarro, 2020). Así mismo, Llamosas et al. (2023) indican que existen una estimación del 50% de las personas mayores a 80 años que reportan sentir soledad con frecuencia e indican que esta cifra puede aumentar en medida que la población vaya envejeciendo (pp. 234). La Organización Panamericana de Salud (OPS, s.f.) indica que las personas mayores a 85 años tienen altos índices de suicidio entre los grupos etarios.

En los últimos años se realizó una investigación sobre la soledad en personas de tercera edad, en España y México. Los datos obtenidos indican que 22.4% de personas mayores de 65 años reportan vivir solas en sus domicilios en España. En este mismo sentido, en México, se conoce que 1.6 millones de adultos mayores viven solos, las cifras proporcionadas generan una preocupación social importante por las consecuencias que puede conllevar esta situación (Garza et al., 2020).

La soledad es considerada como una sensación poco afectiva y cercana en el ámbito íntimo, es decir soledad emocional, o experimentan una disminución de proximidad con los familiares o amigos considerándose una soledad relacional, y una soledad colectiva cuando no es socialmente valorado (Hernández et al., 2021). Así mismo, se conoce que la soledad es percibida como un aislamiento social, una experiencia subjetiva por carencia de afecto intimidad y cercanía con su círculo social y es descrita como una condición que puede llegar a ser grave afectando significativamente en la persona (González y Garza, 2021).

Algunas causas que pueden originar la soledad en este grupo etario son: la defunción de la pareja, deterioro en la salud, discapacidad física y enfermedades mentales, vivir solos, etc. Las consecuencias pueden ser significativas, entre ellas, la asociación de un sentimiento de dolor, desesperanza, padecer de mala salud o enfermedades crónicas, presencia o aumento de deterioro cognitivo y la aparición de un trastorno psicológico especialmente depresión y ansiedad el cual puede desencadenar en un suicidio (Palma, 2021).

En adultos mayores esta problemática tiene implicaciones emocionales, físicas, sociales y psicológicas, las cuales llevan a un gran impacto en su salud y se puede ver reflejadas en la aparición de enfermedades cardiovasculares, neurológicas y cognitivas, en cambio en el ámbito social, la sensación de soledad permite que las personas no establezcan relaciones significativas y de calidad, como respuesta percibe sus círculos sociales como vacíos debido a la ausencia de un círculo emocional profundo (Llamosas et al., 2023).

La soledad y la salud mental están relacionadas en su calidad de vida, bienestar emocional, psicológico y físico, por ello, es importante intervenir en esta problemática que cada vez aumenta, el disminuir la sensación de soledad les permite a las personas de tercera edad tener un equilibrio, mejorando su esfera personal, familiar y social. Para ello, el realizar actividades de la vida diaria y placenteras les permitirá a los adultos mayores reducir la sintomatología de la soledad, ser independientes, hacer respetar su autoridad, el poder elegir un entorno que pueda cubrir sus necesidades afectivas-sociales (Álvarez et al., 2020).

Por otro lado, es esencial en los adultos mayores la socialización porque ayuda a mantener una vida activa y satisfactoria, lo que representa una posibilidad de compartir

experiencias, mantener una buena salud mental y emocional, promoviendo un sentido de pertenencia y propósito (Loor y Mera, 2024).

El conocer la soledad mediante un estudio de caso, permite a la universidad tener un precedente en esta problemática, dado que existen escasas investigaciones o casos sobre la soledad en personas de tercera edad, dejando un campo extenso de investigación enfocado en este grupo etario, así mismo, este caso ayudará a futuros estudiantes de psicología clínica a conocer cómo se puede abordar un caso similar, teniendo como guía esta sistematización.

En la presentación de este caso, especialmente en el primer capítulo se conocerá la forma de evaluación que se implementó a partir de la identificación del paciente, motivo de consulta, historia del problemas y descripción de la sintomatología, dentro del proceso se incorporó una entrevista, observación clínica y aplicación de instrumentos, los cuales ayudaron a corroborar o descartar hipótesis diagnósticas, mediante un diagnóstico presuntivo, teniendo como resultado final un diagnóstico definitivo.

Posteriormente, en el segundo capítulo, se muestra la creación de los objetivos terapéuticos a implementar en el plan de intervención, el cual tiene un modelo integral ya que se incorporaron técnicas de las Terapias de Tercera Generación y Técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual a lo largo de 9 sesiones. En el tercer capítulo, se observará el análisis de resultados cuantitativos y cualitativos, para finalmente establecer la discusión, la cual establece las limitaciones, la viabilidad de los instrumentos aplicados, así mismo de cada una de las técnicas elegidas para el caso.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

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

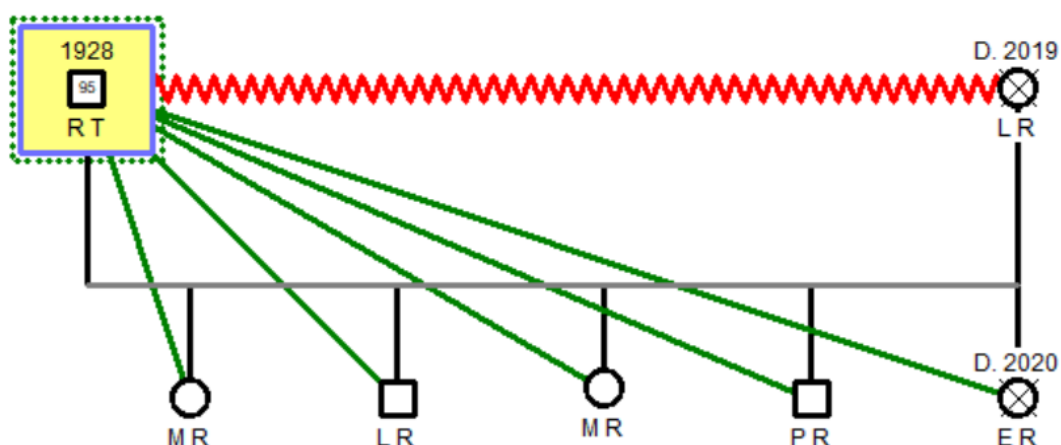
1.1.1 Identificación del paciente

N.N es una usuaria del centro de atención a adultos mayores, con una edad de 95 años. Nació en la ciudad de Loja y es de género femenino. Se encuentra viuda y tiene cinco hijos. Profesa la religión católica. En cuanto a su nivel socioeconómico, se sitúa en un rango medio-bajo y recibe apoyo económico de sus hijos. N.N está jubilada del Sindicato de Conserjes de la ciudad de Loja.

Actualmente, vive sola, ya que su relación con su esposo era conflictiva. Sin embargo, mantiene una relación armoniosa con sus hijos.

Figura 1

Genograma Familiar



Nota. Genograma del núcleo familiar de la paciente. Usuaria de 95 años, vive sola, mantenía una relación conflictiva con su esposo. Sin embargo, con sus hijos la relación es armoniosa.

1.1.2 Motivo de consulta

La usuaria N.N, en sus 95 años de vida, ha experimentado la pérdida de su esposo y ahora se encuentra viviendo sola. Aunque sus hijos la visitan regularmente y se aseguran de proveerle todo lo que necesita, han notado que últimamente parece estar pasando por un periodo de tristeza y falta de motivación. Esta situación les preocupa, ya que temen que la soledad en la que vive pueda estar afectando su bienestar emocional. A pesar de que su salud física se mantiene estable, la falta de actividades significativas en su vida diaria podría estar contribuyendo a su desánimo. Con el objetivo de mejorar su estado de ánimo y brindarle oportunidades de socialización y entretenimiento, los hijos de N.N han decidido ingresarla al centro de atención para adultos mayores. Consideran que este entorno le proporcionará compañía, estimulación y nuevas actividades que puedan revitalizar su vida cotidiana y mejorar su bienestar emocional.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

La historia del problema de la usuaria N.N. muestra una trayectoria marcada por la soledad y la inquietud por su bienestar, que ha ido evolucionando con el tiempo. Inicialmente, al salir del centro de atención para adultos mayores y durante los fines de semana, experimentaba un sentimiento de soledad que le generaba tristeza, manifestada frecuentemente por lágrimas en los ojos. La intensidad de estos síntomas se manifiesta con episodios de llanto nocturno al menos dos veces por semana y dificultades para dormir que se presentan casi todas las noches. Además, la usuaria refiere un aumento en la frecuencia de rezos y rituales religiosos como un mecanismo para manejar su ansiedad.

Los factores predisponentes incluyen la viudez y la falta de compañía regular, factores que contribuyen a su sentimiento de aislamiento. La transición del centro de atención para adultos mayores a la soledad en casa ha sido un factor precipitante significativo, exacerbado por la pérdida de autonomía visual debido a la limitación en su ojo izquierdo. Esta pérdida ha incrementado su dependencia y su sensación de vulnerabilidad.

Los hijos de la usuaria, preocupados por su seguridad y bienestar, han intervenido en su vida diaria, lo cual ha limitado su independencia. Esta intervención ha generado un ciclo

de preocupación constante tanto para la usuaria como para sus hijos, perpetuando su ansiedad y su sentimiento de desamparo.

La combinación de factores predisponentes y precipitantes ha llevado a un mantenimiento y exacerbación de los síntomas emocionales y de ansiedad en la usuaria. La intervención oportuna y adecuada es crucial para mejorar su bienestar y calidad de vida.

1.2 Proceso de evaluación

La evaluación psicológica es un estudio científico direccionado a un sujeto, prioritariamente a una persona o grupo, verificando los principios generales establecidos por la psicología en sus distintas especialidades, para ello se realiza este proceso mediante objetivos que demande el sujeto/cliente pueden ser: descripción, diagnóstico, orientación y/o tratamiento (Fernández-Ballesteros, 2013).

El proceso de evaluación psicológica en este estudio de caso se realizó en tres sesiones de 50 minutos, implementando un proceso de entrevista, observación, aplicación de instrumentos psicométricos, escalas y cuestionarios que permitieron la identificación del problema del paciente.

1.2.1 Entrevista con la/el paciente

La entrevista clínica es el primer método general para obtener información imprescindible, complementado por otros métodos de evaluación y tratamiento mediante una estructura adecuada. Por lo tanto, es considerada como una guía en el proceso de evaluación en la cual se deben utilizar otros procedimientos de medición y aplicación de instrumentos psicológicos (Paz y Peña, 2021).

La entrevista psicológica es un método de recolección de información que permite al profesional comprender la problemática del individuo, en la cual se utiliza preguntas abiertas o cerradas que facilitan profundizar el motivo de consulta. Por ello, en la primera sesión realizada con la usuaria se centró en recabar información de la problemática de la paciente, historia personal, familiar, redes de apoyo, experiencia laboral y elaboración de hipótesis. En la segunda sesión, se inició con la corroboración o descarte de hipótesis mediante una entrevista semiestructurada, se aplicó reactivos, se profundizó en el motivo de consulta de la

paciente, donde comentaba que se sentía muy sola, en la tercera y última sesión de evaluación se terminó de aplicar las escalas, cuestionarios pertinentes a la problemática de paciente teniendo en claro cuál era el diagnóstico de la usuaria.

1.2.2 Observación clínica

Observar es un proceso que requiere un acto de atención en el cual se expande o enfoca la percepción de en ciertos aspectos de lo que se está observando, con un grado de atención variable (López et al., 2019). Así mismo, se conoce que la primera tarea a la que se enfrenta un profesional de la salud al ver a la persona por primera vez consiste en observar de forma sistemática todos los aspectos acerca de su imagen y comportamiento. Esto facilita comprender mejor el contexto cultural y personal del individuo para formular algunas hipótesis o descartar posibles problemas (Muñoz et al., 2019).

La observación clínica al estar dentro de un proceso de evaluación permite al profesional identificar algunos aspectos que le ayudarán en la elaboración o descarte de hipótesis corroborados con diferentes instrumentos. Por ello, al realizar el estudio de caso se puede indicar que la usuaria se presentó a las entrevistas serena, participativa, lúcida, estuvo vestida acorde a su edad, peinada, mostraba una buena higiene, al ser una persona de tercera edad caminaba firme con su bastón, en algunas ocasiones al relatar la problemática se veía como sus ojos se presentaban llorosos.

Tabla 1*Funciones Mentales*

Conciencia	Sin alteraciones aparentes
Orientación	Espacial y temporal levemente alteradas
Atención	No presenta alteraciones en la atención
Memoria	Presunción de leve alteración en la memoria episódica y semántica
Pensamiento	Sin alteraciones
Sensopercepción	Sin alteraciones
Lenguaje	Fluidez normal, mantiene prosodia y ritmo
Afectividad	Presencia de estado de ánimo alegre, júbilo, confianza y buen humor.
Voluntad	Normal
Psicomotricidad	Enlentecimiento al caminar
Introspección	Aceptable
Hábitos	No refiere
Inteligencia	Normal
Juicio y Racionamiento	No presenta alteraciones
Descripción de la apariencia	Se presenta con una vestimenta acorde a su edad, evidencia una correcta higiene, su estado de ánimo es alegre y colaborador.

Nota. Descripción de las funciones mentales de la paciente.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) (Flores et al., 2021):

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento de auto-aplicación en la intervención primaria, diseñado para detectar sintomatología depresiva en adultos mayores. Su versión original está conformada por 30 preguntas con respuestas dicotómicas (Sí/No), sus puntuaciones indican que de 0-9 no hay depresión, de 10-19 depresión leve y de 20-30 depresión moderada a grave. Las propiedades psicométricas fueron óptimas dado que el instrumento obtuvo elevados índices de sensibilidad (84%) y especificidad (95%) (Flores et al., 2021).

Se realizó una validación lingüística al español por el autor Martínez de la Iglesia en el año 2002, en el cual los resultados psicométricos de la escala fueron óptimos obteniendo un índice de consistencia interna del 0.994, sensibilidad del 81% y especificidad del 76%

(Florencia et al., 2021). Además, se desarrolló una versión más corta con 15 ítems, en donde los valores psicométricos mostraron similares resultados, con valores en su consistencia interna entre 0.76 y 0.89 (Gómez y Campo, 2011).

Escala de Soledad UCLA (Velarde et al., 2016):

La Escala de Soledad UCLA es un instrumento diseñado para medir la soledad de los individuos, creada en 1980 por Russell y colaboradores. La escala consta de tres dimensiones (percepción subjetiva de soledad, apoyo familiar y apoyo social), y dos factores (la intimidad con otros y sociabilidad) (Velarde et al., 2016). La forma inicial de la escala incluye 20 preguntas, que evalúa la frecuencia con la que las personas experimentan las vivencias descritas en los ítems, su respuesta es mediante una escala tipo Likert que va de 1 a 4 (frecuentemente, algunas veces, raras veces y nunca) (Vázquez y Jiménez, 1994).

Existe una versión de la escala que contiene 10 preguntas entre 10 y 4 puntos, donde la puntuación mínima es de 10 puntos y máxima 40 puntos. Además, indican que los autores no han establecido puntos de cortes, pero, se conoce que puntuaciones igual o menor a 20 indica un grado severo de soledad y las puntuaciones que van de 20-30 es un grado moderado de soledad (Velarde et al., 2016).

Este instrumento ha sido validado en diferentes poblaciones. La validación para el español fue realizada por Vázquez y Jiménez en 1994, en un grupo de jóvenes universitarios españoles e italianos, así mismo. En 2015, se realizó una validación en personas de tercera edad en la cual indican que los parámetros psicométricos son óptimos para la aplicación en este grupo etario, teniendo como alfa de Cronbach 0,95, con un IC de 95% de 0,94 a 0,98 (Velarde et al., 2016).

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Díaz et al, 2006):

La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff permite evaluar el bienestar psicológico de los individuos, en su versión original contiene 42 ítems. La versión de 39 ítems de Dierendock fue adaptada en un grupo de 467 personas voluntarias en España, con edades comprendidas entre los 18 y 72 años, teniendo como una consistencia interna entre 0.71 y 0.83 (Díaz et al, 2006). Por otro lado, tiene seis factores: Autoaceptación (1,5,10,15,20,25,30), Control Situacional (4,9,14,19,24,29,34), Relaciones Positivas (2,7,12,17,22,27,32), Propósito de Vida (6,11,16,21,26,31,36) Crecimiento Personal (5,12,19,26,33,38,39) y Autonomía (3,8,13,18,23,28,33). Las respuestas se registran en una escala tipo Likert de 1 a 6, donde 1 es está completamente en desacuerdo y 6 está completamente de acuerdo (García et al., 2023).

La puntuación se obtiene invirtiendo sus puntajes, se suma las puntuaciones obtenidas por cada dimensión y dividiendo esa suma por el número de ítems que le corresponde a cada dimensión, para luego realizar una sumatoria global. La puntuación máxima es de es de 234 puntos, el bienestar psicológico elevado está representado por una puntuación mayor a 176, las puntuaciones que están dentro de 141 y 175 tienen un bienestar psicológico alto, entre 117 y 140 su bienestar es moderado, y un puntaje igual o menor a 116 da como resultado un bienestar psicológico bajo (García et al., 2023).

Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) (García,1999):

El cuestionario de Salud General fue creado por Goldberg y Blackwell en el año 1970, con la finalidad de evaluar el grado de salud general e identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, es decir mide la salud mental y no el estado de salud general física. La versión original del cuestionario tuvo 60 preguntas, posteriormente, elaboraron algunos con 30, 28 y 12 ítems (García,1999). La forma de respuesta que lleva este cuestionario es una escala tipo Likert sus respuestas son: Mejor que lo habitual, igual que lo habitual, peor que lo habitual, mucho peor que lo habitual, así mismo, su método de calificación es asignando a los dos primeros ítems de respuesta un valor de 0 y a los dos últimas un valor

de 1, el puntaje total es la sumatoria de los valores obtenidos en 1, interpretando los puntos de corte como caso (≥ 6) y no caso (≤ 5) (García, 1999).

El cuestionario está dividido en cuatro subescalas las cuales son: estado físico, ansiedad, bienestar cotidiano y depresión (Godoy, 2002). Por otro lado, Se realizó una adaptación del cuestionario de la versión de 28 ítems en España, la cual tuvo como resultados psicométricos una consistencia interna de un alfa de Cronbach de 0.97 y fiabilidad de 2 mitades de 0.99, así mismo, en la consistencia interna de cada subescala se muestra una alta fiabilidad (estado físico: 0.92; ansiedad: 0.91; bienestar cotidiano: 0.97; depresión 0.97) (Godoy, 2002).

Escala de calidad de vida WHOQOL-OLD 24 (Hernández et al., 2015):

La Escala de Calidad de Vida WHOQOL-OLD, es un instrumento de medición de la calidad de vida para los adultos mayores creada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2006, la escala contiene cinco dimensiones (Capacidad sensorial, autonomía, actividades pasadas/presentes/futuras, participación/aislamiento, intimidad y muerte/agonía), con una consistencia interna por factor que va de 0.72 a 0.88 y el Alfa de Cronbach final es de 0.89. Así mismo, la forma de evaluación contiene una escala tipo Likert con cinco formas de respuesta: nada, un poco, regular mucho, demasiado (Hernández et al., 2015). Su puntuación total es de 168 puntos, la calidad de vida alta tiene entre 133 a 168 puntos, un nivel medio se considera entre 57 a 112 y un nivel alto está entre 113 a 168 (Pinto y Manchego, 2021).

Tabla 2*Batería de Reactivos Aplicados*

Instrumentos	Resultado cuantitativo	Interpretación
Escala de Depresión Geriátrica Yesavage	0 puntos	Sin depresión
Escala de Soledad de UCLA	Puntuación: 26	Grado moderado de Soledad
Escala de Bienestar Psicológico de Ryff	Puntuación: 118 Autoaceptación: 30 Control situacional: 15 Relaciones positivas: 20 Propósito de vida: 10 Crecimiento personal: 21 Autonomía: 22	Bienestar Psicológico Moderado Grado de autoaceptación es medio. Grado de control situacional es bajo. Grado de relaciones positivas es baja. Grado de propósito de vida es bajo. Grado de crecimiento personal es medio. Grado de autonomía es media.
Escala de Vida (WHOQOL-OLD 24)	Puntuación: 72	Nivel medio
Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)	Puntuación: 1 Somático: 0 Ansiedad/Insomnio: 0 Disfunción social: 1 Depresión: 0	No presenta sintomatología (No hay caso)

Nota. Resultados obtenidos de la aplicación de los reactivos.

Los reactivos aplicados con la usuaria fueron los siguientes: Escala de Depresión de Yesavage, la cual al tener una puntuación de cero indica que la usuaria no presenta sintomatología depresiva, posterior a esa escala se aplicó la Escala de Soledad UCLA, en la cual se obtuvo 26 puntos que se interpretan que la usuaria tiene un grado moderado de soledad. Así mismo, se aplicó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, se obtuvo una puntuación de 118 constando como un bienestar psicológico moderado, por consiguiente, la

Escala de Vida, su puntuación fue de 72 y se interpreta como un nivel medio de vida, por último, está el Cuestionario de Salud General de Goldberg, con una puntuación de 1 dando como resultado que no existe sintomatología, por lo tanto, no hay un caso de problema en salud general.

1.3 Proceso diagnóstico

El diagnóstico es un proceso inferencial, el cual está destinado a determinar la enfermedad del paciente mediante un cuadro clínico, por ello, está relacionado con tres elementos principales: 1. Generar hipótesis diagnósticas, 2. Refinamiento de las hipótesis diagnósticas, y 3. Verificar el diagnóstico, los cuales ayudarán a determinar un adecuado cuadro clínico, con la verificación y descarte de hipótesis para finalmente llegar a un diagnóstico definitivo (Capurro y Rada, 2007). Igualmente, se puede afirmar que el diagnóstico es un proceso habitual en el cual se identifican y valoran los comportamientos, atributos y aptitudes del usuario/ paciente dentro de un contexto (Cano et al., 2020). Es decir, mediante los instrumentos utilizados en el proceso de evaluación se valora cada una de las variables identificadas dando como resultado la problemática que tiene el paciente.

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

El diagnóstico presuntivo hace referencia a los casos en donde el cuadro clínico no ha llegado a presentarse en su forma total, sino, se manifiestan determinados signos y síntomas donde los elementos son suficientes para una presunción diagnóstica (Ministerio de Salud Pública, s.f). Es decir, cumplen ciertos criterios, pero no son idóneos para asignarlos como definitivos. Por ello, en este caso se presentan tres hipótesis diagnósticas, dado que cumplen con ciertos criterios que permitirán descartar o corroborar el diagnóstico definitivo:

1. F32.0 Episodio depresivo leve.
2. F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.
3. Z60.2. Problemas relacionados con persona que viven sola.

1.3.2 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial hace mención a la forma de establecer similitudes y diferencias entre objetos en relación a sus cualidades, características y propiedades, es decir, es el proceso de búsqueda o identificación de semejanzas y diferencias entre el cuadro clínico del paciente y las representaciones mentales que el profesional ha construido de las diversas afecciones con las cuales puede tener relación el contexto clínico del usuario/paciente, este diagnóstico trata de excluir entidades que pueden confundirse con el cuadro del paciente (Álvarez, 2023).

Tabla 3

F32.0 Episodio depresivo leve

Hipótesis diagnósticas	Criterios presentes	Criterios ausentes
F32.0. Episodio depresivo leve.	<p>Criterio B: Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas fluido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas.</p> <p>Criterio C: Cualquier tipo de alteración del sueño.</p>	<p>Criterio A: Debe cumplirse los criterios generales del episodio depresivo.</p> <p>Criterio B: Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.</p> <p>Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.</p> <p>Criterio C: No cumple con los síntomas de los incisos: 1-5 (Pérdida de confianza o disminución de la autoestima, sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida, quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación,</p>

cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento) y el 7 (cambio en el apetito con el correspondiente cambio de peso).

Nota. Diagnóstico diferencial de un episodio depresivo leve (F32.0). Se descarta el episodio depresivo leve por la falta de criterios diagnósticos presentes en el caso.

La tabla 3, presenta el diagnóstico diferencial de F32.0 Episodio Depresivo Leve. Los criterios presentes en la paciente son: criterio b, que se refiere a un humor depresivo claramente anormal presente la mayor parte de día y casi cada día, y el criterio c (inciso 6), el cual indica que tiene cualquier tipo de alteración. Se excluyen los criterios a, b y c (inciso 1-5 y el 7) en cuanto a los criterios generales de un episodio depresivo. La paciente no cumple con la pérdida de interés o la capacidad de disfrutar en actividades placenteras, ni presenta una disminución de energía o aumento de la fatigabilidad. Por último, no se observan los síntomas especificados en los incisos 1-5 (Pérdida de confianza o disminución de la autoestima, sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida, quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación, cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento) y el 7 (cambio en el apetito con el correspondiente cambio de peso).

Tabla 4

F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada

Hipótesis diagnósticas	Criterios presentes	Criterios ausentes
F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada	Criterio A: Presencia de un periodo de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.	Criterio B: Presencia de al menos cuatro de los síntomas del siguiente listado, de los cuales uno debe ser del grupo 1-4. Síntomas autonómicos:

Criterio C: El trastorno no cumple criterios de un trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno hipocondríaco.

1. Palpitaciones o golpeteo de corazón, ritmo cardíaco acelerado.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sequedad de la boca (no debida a medicación o deshidratación).

Síntomas relacionados con el pecho y abdomen:

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

Síntomas relacionados con el estado mental:

9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.
10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o “no realmente aquí” (despersonalización).
11. Miedo a perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia.
12. Miedo a morir.

Síntomas generales:

13. Sofocos de calor o escalofríos
-

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

Otros síntomas no específicos:

19. Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.
20. Dificultades para concentrarse o de “mente en blanco”, a causa de la preocupación o de la ansiedad.
21. Irritabilidad persistente.
22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

No cumple con el número de sintomatología presente en este criterio, pero si cumple con el inciso 22 sobre tener dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

Criterio D: Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico, como hipertiroidismo, a un trastorno mental orgánico

(F100-F109) o trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19), tales como un exceso de consumo de derivados anfetamínicos o abstinencia a benzodiazepinas.

Nota. Diagnóstico diferencial de un Trastorno de Ansiedad Generalizada (F41.1). Se descarta el Trastorno de Ansiedad Generalizada por falta de criterios diagnósticos.

La tabla 4, presenta el diagnóstico diferencial del Trastorno de Ansiedad Generalizada (F41.1), en el cual se cumplen los criterios a y c, indicando la presencia de un periodo de al menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria. Asimismo, no cumplen los criterios de un trastorno de pánico, ansiedad fóbica, obsesivo compulsivo o hipocondríaco. Por otro lado, el criterio b relacionado a sintomatología autonómica, con el pecho y abdomen, estado mental y generalidades, está ausente en este diagnóstico diferencial, ya que no se cumple con la sintomatología de dicho criterio, a excepción de la dificultad para conciliar el sueño debido a preocupaciones. Así mismo, se excluye el criterio D, el cual se relaciona con la exclusión de algún trastorno orgánico, con un trastorno relacionado al consumo de sustancias psicoactivas o algún derivad de anfetaminas, o abstinencia a benzodiazepinas.

1.3.3 Diagnóstico definitivo

El diagnóstico definitivo de este caso es el Z60.2. Problemas relacionados con persona que viven sola, porque dentro del proceso de evaluación se identificó una sensación de soledad, expresada mediante la tristeza, miedo a de quedar completamente sola y desamparada. Así mismo, entre los reactivos aplicados como la Escala de Soledad UCLA, tiene una puntuación de 26, la cual se interpreta como un grado moderado de soledad, y la Escala de Bienestar Psicológico con una puntuación de 118, la cual se interpreta como un nivel alto de bienestar psicológico.

Dentro del CIE-10, se la conoce como una problemática que influye en el estado emocional o de salud de la usuaria, dado que es un caso circunstancial en la que no interviene

ninguna enfermedad o trastorno y se clasifican como problemas contextuales (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Tabla 5

Z60.2. Problemas Relacionados con Persona que Viven Solas

Hipótesis diagnósticas	Criterios presentes	Criterios ausentes
Z60.2 Problemas relacionados con persona que viven sola.	Existe una circunstancia que influye en el estado emocional o de salud de la usuaria, pero no es una enfermedad o lesión actual.	

Nota. Diagnóstico diferencial de Problemas Relacionado con Persona que Viven Sola (Z60.2). Se presume de un diagnóstico de Problemas Relacionado con Persona que Viven Sola, porque se relaciona con la situación actual de la usuaria.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

El plan de intervención realizado para abordar la problemática antes expuesta se basó en principios del modelo integrativo, dado que toma en cuenta técnicas de la terapia de segunda y tercera generación (TCC, Mindfulness, Psicología Positiva). Así mismo, el número de sesiones planteadas para este caso fueron de 10, las cuales se llevaron a cabo de forma presencial, la duración de cada sesión fue de 45 minutos.

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

1. Reducir sintomatología provocada por la soledad en la paciente mediante la aplicación de diferentes técnicas psicoterapéutica.
2. Mejorar el bienestar psicológico de la paciente a través de técnicas psicológicas de tercera generación.
3. Aumentar la calidad de vida en la paciente con la intervención psicoterapéutica.

2.1.2 Plan de tratamiento/intervención

Tabla 6

Plan de Intervención Terapéutico

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	OBJETIVO DE SESIÓN	TÉCNICA/ACTIVIDAD	OBSERVACIÓN
1	Reducir sintomatología provocada por la soledad en la paciente mediante la aplicación de diferentes técnicas psicoterapéutica.	Conocer el significado funcionamiento de las emociones. -Identificar las emociones que prevalecen en su diario vivir.	-Psicoeducación de emociones. -Diario de emociones	
2	Reducir sintomatología provocada por la soledad en la paciente mediante la aplicación de diferentes técnicas psicoterapéutica.	Reducir sintomatología provocada por la soledad en la usuaria.	- Respiración Profunda - Imaginación Racional Emotiva	Tarea: Hacer una lista de las actividades que le gusta realizar
3	Reducir sintomatología provocada por la soledad en la paciente mediante la aplicación de diferentes técnicas psicoterapéutica.	Generar sensaciones positivas mediante la activación de actividades placenteras.	Programación de actividades recreativas	
4	Mejorar el bienestar psicológico de la	Producir una sensación de bienestar	- Respiración cuadrática	Poner en práctica la respiración cuadrática

	paciente a través de técnicas psicológicas de tercera generación.			- Mindfulness. Body Scan	
5	Mejorar el bienestar psicológico de paciente a través de técnicas psicológicas de tercera generación.	Fortalecer la identidad personal	la	Revisión de vida	Tarea: Traer fotografías de momentos bonitos, algún objeto que le traiga buenos recuerdos.
6	Mantener el bienestar psicológico de la usuaria	Fortalecer la identidad personal	la	Reminiscencia	
7	Aumentar la calidad de vida en la paciente con la intervención psicoterapéutica.	Concientizar las experiencias positivas de su vida.	las	Técnica de gratitud.	Tarea: Antes de dormir deberá agradecer las cosas buenas que le sucedieron ese día.
8	Aumentar la calidad de vida en la paciente con la intervención psicoterapéutica.	Concientizar sobre un estilo de vida saludable.		Psicoeducación de estilo de vida saludable.	
9	Aumentar la calidad de vida en la paciente con la intervención psicoterapéutica.	Estimular las funciones cognitivas superiores de la paciente.	las	Biblioterapia	
10		Brindar una retroalimentación sobre el proceso		Escala de Soledad de UCLA.	

terapéutico que se llevó a cabo. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff
 Evaluar los resultados obtenidos luego de la intervención psicológica. Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD)

Nota. Plan de Intervención Terapéutico

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

Sesión 1

Psicoeducación

La psicoeducación es una técnica que permite al profesional proporcionar información sobre diferentes temáticas de acuerdo con lo que el paciente requiere. La psicoeducación es descrita como una aproximación terapéutica, en la cual se da a conocer al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico basado en la evidencia. Además, busca abordar situaciones cotidianas de la vida de las personas que se vuelven complejas por el desconocimiento que supone estas crisis evolutivas (Godoy et al., 2020).

La sesión inicio con una conceptualización de las emociones, cuál es la funcionalidad, expresando que las emociones tienen como función expresar los sentimientos, así mismo, mediante material interactivo (figuras de fomix que simulan las emociones), se les dio un “rostro” a las emociones, proporcionándoles los nombres que tienen cada una de ellas, facilitando así que la paciente pueda identificarlas, relacionándolas con su cotidianidad y diferentes experiencias a lo largo de su vida.

La paciente prestó atención a la información proporcionada, realizaba diferentes preguntas acerca del tema, en ciertas ocasiones se distraía al relacionar las emociones con algunos recuerdos, se redirigía al tema presente, cumpliendo así con uno de los objetivos de la sesión que es conocerlas y saber cuál es su función.

Diario de Emociones

En el diario de emociones se anota de manera sistemática las emociones experimentadas, siendo así una herramienta útil para fomentar la conciencia de las emociones. Esta herramienta puede ayudar a identificar, explorar y comprender sus emociones a lo largo del tiempo, así como a identificar los desencadenantes y las estrategias para gestionarlas. Para ello, es importante llevar un diario que describa las situaciones con la mayor precisión posible. Esta práctica facilita tanto a los pacientes como a los profesionales de salud mental la identificación de los factores desencadenantes de las emociones (Vivas et al., 2007).

Al conocer cada emoción, se procedió a realizar un registro emocional, el cual tiene como objetivo identificar las emociones que inciden en su diario vivir. Para ese momento se le proporcionó a la paciente material en el cual se indica la situación, el pensamiento, la emoción y la conducta, explicándole cada uno de los ítems y que los vaya detallando. La paciente entendió la dinámica y realizó correctamente la actividad, entendiendo cuales eran las emociones que incidían en ese momento, así cumpliendo con el segundo objetivo propuesto para la sesión.

Sesión 2

Respiración Profunda

La respiración profunda o también conocida como respiración diafragmática, es una técnica que consiste en aprovechar la máxima capacidad de los pulmones, llenándolos de aire hasta lograr que el pecho y el abdomen se muevan, dado que el diafragma permite que el aire vaya de arriba abajo (Alcázar y Rivera, 2019). Esta técnica permite que los usuarios puedan centrar todos sus sentidos en la respiración y facilite la relajación que se pretenda adoptar como siguiente técnica.

En este apartado se dio a conocer la paciente qué es la técnica y cómo se la va a realizar, para implementar, se le indicó a la paciente que se sienta en un lugar cómodo, que el espaldar este recto, se le indicó que debía inspirar en cuatro segundos haciendo que el abdomen se infle, manteniendo la respiración cuatro segundos, y al exhalar en cuatro

segundo debe soltar el aire contenido. Repitiendo estos pasos 5 veces para entrar en un estado de tranquilidad.

Imaginación Emotiva

La técnica de la imaginación racional emotiva tiene como finalidad cambiar una emoción negativa por una más adaptativa, modificando las creencias irracionales que acompañan a la emoción del intenso malestar mediante la imaginación (Ruiz et al., 2012).

Para esta técnica se utilizó incienso de lavanda y música relajante, se aplicó la respiración diafragmática, para tener una sensación de serenidad, manteniendo el ejercicio de respiración se le indicó que cierre los ojos e imagine que está de noche y en su dormitorio, ella está sola en su hogar, que vaya describiendo cada una de las sensaciones que presenta, cuáles son los pensamientos que se establecen en su mente, se indaga lo irracional que pueda estar pensando cambiando por unos pensamientos más adaptativos, así, describa que efecto le genera ese pensamiento racional y la emoción o sensación que presenta.

Al finalizar la paciente indicó que se sintió bien con la sensación que experimentó ya que no al inicio no fue cómoda, le generó miedo, pero con el pasar de la conversación y visualizar los puntos racionales de la situación se sintió tranquila, cumpliendo así con el objetivo de disminuir la sintomatología que presentaba por la soledad.

Sesión 3

Reprogramación de Actividades Recreativas

La reprogramación de actividades recreativas en los adultos mayores contribuye esencialmente a enriquecer la calidad de vida de la población, proporcionando así un buen estado físico, mental, espiritual, además de generar experiencias de éxito y felicidad en la persona. Los usuarios pueden elegir diferentes actividades de su preferencia, orientadas a mejorar a la formación integral con el objetivo de optimizar los niveles de motivación de los participantes (Aguilera et al., 2019).

Para realizar esta técnica primero se identificó las actividades que le resultaban placenteras a la paciente, teniendo en cuenta cada uno de sus gustos, para ello se creó una lista, seguidamente se calificó el nivel de dificultad que le generaba, así iniciando la actividad

con menor grado de complejidad, se estableció tiempos que iban a durar y se las programó para las ocasiones en las que estaba sola. Además, se le indico que vaya anotando las actividades realizadas y los sentimientos que cada una de estas actividades le producía.

La paciente cada semana indicaba las actividades realizadas y comentaba que le gustaba bastante porque ya no se sentía sola, se distraía, cumpliendo así con el objetivo de generar sensaciones nuevas reduciendo así la sintomatología provocada por la soledad.

Sesión 4

Respiración Profunda

La respiración profunda o también conocida como respiración diafragmática, es una técnica que consiste en aprovechar la máxima capacidad de los pulmones, llenándolos de aire hasta lograr que el pecho y el abdomen se muevan, dado que el diafragma permite que el aire vaya de arriba abajo. Desde un enfoque psicológico la respiración profunda ayuda a disminuir la ansiedad y el estrés, además facilita la búsqueda de soluciones, promover la reflexión antes de actuar y alcanzar enfoques más razonables frente a los problemas (Alcázar y Rivera, 2019).

En este apartado se dio a conocer la paciente qué es la técnica y cómo se la va a realizar, para implementar, se le indicio a la paciente que se sienta en un lugar cómodo, que el espaldar este recto, se le indico que debía inspirar en cuatro segundos haciendo que el abdomen se infle, manteniendo la respiración cuatro segundos, y al exhalar en cuatro segundo debe soltar el aire contenido. Repitiendo estos pasos 5 veces para entrar en un estado de tranquilidad.

Minefundless (Body Scan)

El Body Scan es una técnica de meditación diseñada para acercar el cuerpo y la mente centrándose en las sensaciones del cuerpo. El objetivo de este proceso es desarrollar la conciencia corporal y fomentar la relajación prestando siempre atención a las sensaciones del cuerpo (Altman, 2014).

Al realizar esta técnica se implementaron los siguientes pasos:

1. Sentar a la paciente en un lugar cómodo con una posición erguida y relajada.

2. Se le indico que extienda los brazos con las palmas hacia arriba.
3. A la cuenta de tres que inicie a respirar profunda y conscientemente.
4. Centrando su atención en su respiración y en las sensaciones corporales, observando cómo inhala y exhala en zonas como el abdomen y las costillas, y notando cómo entra y sale el aire de su cuerpo.
5. Continúa respirando y centra su atención en los pies, notando las sensaciones de calor, frío, hormigueo o la ausencia de estas sensaciones.
6. Observa otras partes del cuerpo como el torso, la espalda, la cara y la cabeza.
7. Por último, respira hondo y empieza a mover el cuerpo lentamente.

Al finalizar la técnica, se le preguntó a la paciente cómo se sintió al experimentar cada movimiento que se le iba indicando, comentando que en algunas ocasiones se le dificultaba, pero se concentraba en el siguiente movimiento, sintiendo así cada sensación por su cuerpo que le gustaba y generando una tranquilidad, cumpliendo así con el objetivo de la sesión de producir una sensación de bienestar en la paciente. Finalmente, se le indico que realice esta actividad al ir a dormir.

Sesión 5

Revisión de Vida Centrada en Sucesos Específicos Positivos.

La técnica de revisión de vida se realiza mediante una revisión de su pasado y evaluar su ciclo, por lo general, esta revisión ocurre de forma natural valorando cada una de sus etapas, los cuales en general traen a la conciencia experiencias pasadas y conflictos sin resolver. Esta técnica puede estar centrada en sucesos específicos positivos y tiene como finalidad revivir sentimientos asociados a recuerdos y mejorar el estado de ánimos, para ello, se guía al usuario a través de su vida, se lo centra en el recuerdo de sucesos específicos positivos iniciando desde la infancia hasta la adultez mayor (Vázquez y Hervás, 2008).

Para realizar esta técnica se le indico a la paciente que recuerde algunos eventos positivos que han sido importantes para la paciente desde su infancia hasta la actualidad, ella indicaba que de su infancia no recordaba mucho, pero algunos eventos que son significativos son el nacimiento de cada uno de sus hijos, el encontrar un trabajo estable proporcionado

una fuente de ingresos para que sus hijos puedan estudiar y graduarse en lo que ellos eligieron como carrera, ver el grado de piloto y médico de cada hijo, el comprar su casa, cuando nació su primer nieto y que ya mismo se graduó su nieto de abogado.

Al recordar cada uno de estos eventos la paciente indicaba haber estado feliz por lograr comprar su casa, el que sus hijos crecieran con salud, tenía una sensación de tranquilidad al ver que sus hijos terminaron sus estudios para que puedan ser adultos independientes, así mismo, satisfacción por haber alcanzado los logros que se ha propuesto a pesar de los obstáculos. Naciendo de ella una narrativa de mujer fuerte por afrontar con valentía las vicisitudes de la vida, no dejándose vencer por los problemas de aquel entonces y sobre todo salió a flote la fortaleza la obtenía porque debía velar por su hogar. Siendo así, se indica que la paciente fortaleció su identidad personal y familiar.

Sesión 6

Reminiscencia.

Se cree que recordar es una forma muy eficaz de reducir la ansiedad y mejorar los síntomas depresivos. La reminiscencia parece ser una actividad esencial para los adultos mayores porque facilita la integración de las experiencias pasadas con la realidad presente al recordar hechos, acontecimientos y experiencias pasados. Así, la reminiscencia promueve el desarrollo continuado de la identidad y refuerza la autoestima en los adultos mayores. Sin embargo, algunos estudios sostienen que esta práctica puede tener el efecto de fijar la memoria en el pasado, devolviendo a los individuos a situaciones pasadas a través de objetos y sensaciones, preservando los recuerdos, aunque se desvanezcan (Martínez-Callao et al., 2020).

Para la implementación de esta técnica se le indico con anterioridad a la paciente que llevara a la sesión fotografías o un objeto al que le tenga cariño. El día de la sesión se creó un ambiente acogedor colocando aromatizante de vainilla acompañada de música instrumental, la paciente llevó a consulta dos fotografías y un joyero de madera, le indicamos que recuerde que estaban realizando aquellas personas de la fotografía, la paciente iba detallando cada fotografía acordándose de ese tiempo, ella daba a conocer que una de esas

fue la primera vez que conocía la playa con sus hijos que se sentía tan feliz el haberlos llevado y el verlos disfrutar del mar. La segunda foto le hizo acordar que esa vez salían de la iglesia, sus hermanos y padre, había llegado por primera vez un fotógrafo a su ciudad, y el padre de la paciente quería una foto familiar, ella no sabía cómo colocarse para salir bien en la foto, después al revelarla se vio que había salido con los ojos semi cerrados y eso le causo gracia a ella y a su familia.

Después de analizar las fotografías, la paciente indicaba con todo cuidado un joyero de madera que tenía hace muchos años y que le había regalado su padre por uno de sus cumpleaños, indicando que él era carpintero y realizaba diferentes trabajos, recordaba que no esperaba un regalo ese día por la situación financiera que estaban pasando, pero fue una grata sorpresa y ese pequeño gesto nunca lo va a olvidar, y ese es el legado que le ha dejado a ella.

El recordar cada uno de esos momentos a la paciente le generó alegría y a la vez tristeza porque recordó sucesos gratos, pero algunas personas que estaban dentro de esos recuerdos ya no están presentes. La paciente se sintió bien al todavía mantener esos recuerdos semi intactos y poder relatar los sucesos, fortaleciendo así el sentido de identidad personal.

Sesión 7

Técnica de Gratitud.

El bienestar está estrechamente vinculado a la gratitud, el cual requiere tres elementos esenciales: reconocimiento, aprecio y agradecimiento. La gratitud también se define como una actitud fundamental que se manifiesta en los aspectos personales e impersonales de la vida. Numerosos estudios han confirmado los beneficios psicológicos, físicos e interpersonales de la práctica de la gratitud y a nivel neurológico se observa cambios en determinadas zonas de la corteza cerebral asociadas al proceso de recompensa (Ramírez, 2022).

En esta sesión se trabajó con la paciente la gratitud mediante cartas de agradecimiento y el reconocimiento de logros personales, para ello se le entrego una hoja

para que realice una lista de cada logro que ha tenido en su vida, dando como resultado, el comprar su casa, el que sus hijos sean profesionales, el saber afrontar las situaciones de quiebre, el haber formado una familia unida, etc. Al identificar cada uno de sus logros se ha validado el esfuerzo, sacrificio y la fuerza que ha tenido para lograr cada objetivo propuesto.

Así mismo, como se identificaron los logros, se le indico que escriba una carta dirigida hacia ella misma, en la cual agradezca por los logros alcanzados, por la perseverancia y los valores que le han ayudado a conseguir estas metas, así mismo, por lo que la paciente crea conveniente agradecer de los sucesos de su vida. Concientizando así las experiencias positivas de su vida.

Sesión 8

Psicoeducación en un estilo de vida saludable

La psicoeducación es descrita como una aproximación terapéutica, en la cual se da a conocer al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronósticos basados en la evidencia. Además, busca abordar situaciones cotidianas de la vida de las personas que se vuelven complejas por el desconocimiento que supone estas crisis evolutivas (Godoy et al., 2020).

En esta sesión se dio a conocer qué es un estilo de vida saludable, la importancia de llevar a cabo este estilo, algunos cambios que puede generar el adoptar este es forma de salud, se hizo hincapié en una alimentación saludable, el cumplir con las horas de sueño adecuadas, beber agua, gestionar el estrés a su vez priorizando su autocuidado, así mismo relacionado este estilo de vida con el bienestar de la persona. Se utilizó material interactivo como videos dar a conocer correctamente esta temática.

La paciente en algunas ocasiones se distraía, pero retomaba lo que se decía con preguntas relacionadas a su vida cotidiana, cumpliendo con el objetivo de concientizar sobre un estilo de vida saludable.

Sesión 9

Biblioterapia

La biblioterapia es conocida como una técnica en donde se interactúa con material bibliográfico, englobando contenidos convocantes, haciendo que las personas puedan encontrar temas que los identifiquen permitiendo encontrar un sentido de vida o pueden funcionar como mecanismos para sanar aspectos psíquicos (Román, 2020).

En la sesión se eligieron diferentes lecturas enfocadas en bienestar emocional la soledad, con el apoyo de la psicopedagoga también se seleccionaron historias con un toque de suspenso, al final dejando algunas preguntas para que ejercitar la memoria, la atención y el juicio, así estimulando las funciones cognitivas anteriormente mencionadas. La paciente indicaba que le gustó bastante la actividad que realizó e igualmente se observó una buena concentración y con poca dificultad para responder las preguntas de las lecturas.

Sesión 10

Re-aplicación de reactivos psicológicos y retroalimentación del proceso terapéutico

Al iniciar la sesión se le indicó a la paciente que se iba a realizar nuevamente la aplicación de los test que se implementaron en el proceso de evaluación para observar el progreso cuantitativo durante cada una de las sesiones. Así mismo, se realizó una retroalimentación en base a cada técnica aplicada en el plan, aclarando los puntos importantes de cada una de ellas, demostrando los avances cualitativos que ha ido teniendo a lo largo de este proceso terapéutico.

Capítulo tres

Resultados

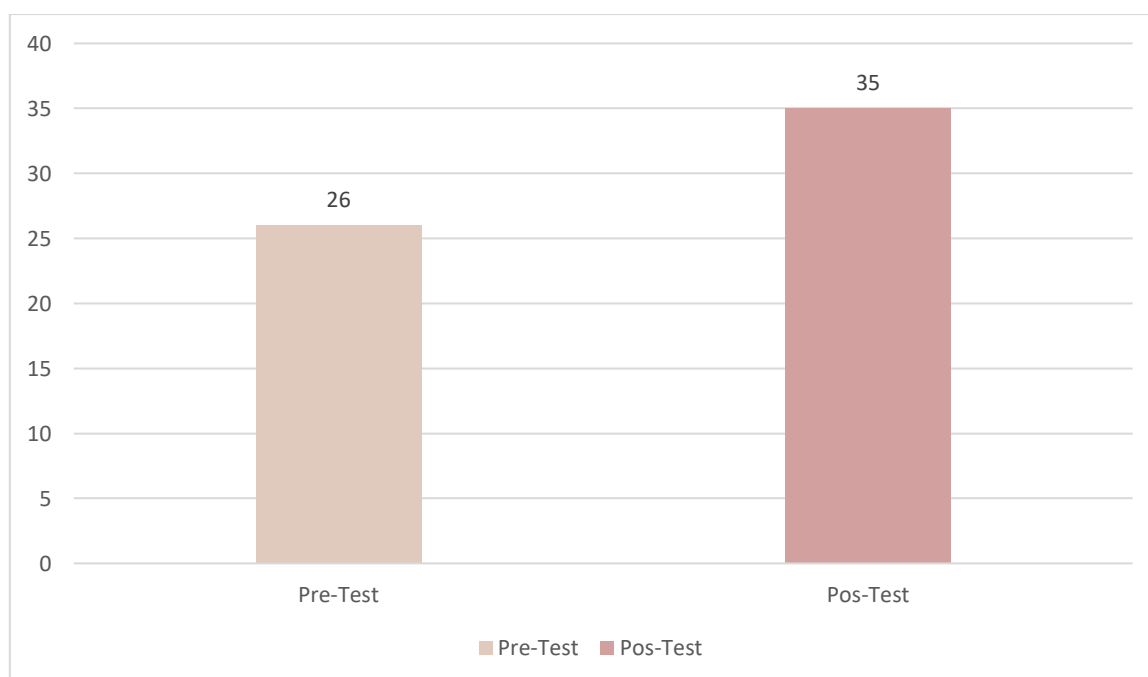
3.1. Análisis de resultados cuantitativos

Para el análisis cuantitativo, se consideraron los resultados de la evaluación inicial (Pre-Test) y final (Post-Test) mediante la aplicación de escalas psicológicas que miden el sentimiento de soledad, bienestar psicológico y la calidad de vida, para determinar la efectividad de la intervención psicológica propuesta para el caso. Los resultados expuestos, evidencian la eficacia del tratamiento que tiene un enfoque integrativo, bajo la premisa de reducir la sintomatología provocada por el sentimiento de soledad, mejorar y mantener una estabilidad psicológica con una calidad de vida.

En la Figura 2. la Escala de Soledad de UCLA refleja en un inicio una puntuación de 26 que se interpreta como un grado moderado de soledad. Y, posterior a la aplicación del plan terapéutico, se obtuvo 35 puntos, los cuales se consideran como un grado de soledad bajo. Es así, se evidencia una disminución cuantitativa en esta escala el rango de soledad.

Figura 2

Resultados de la Escala de Soledad de UCLA

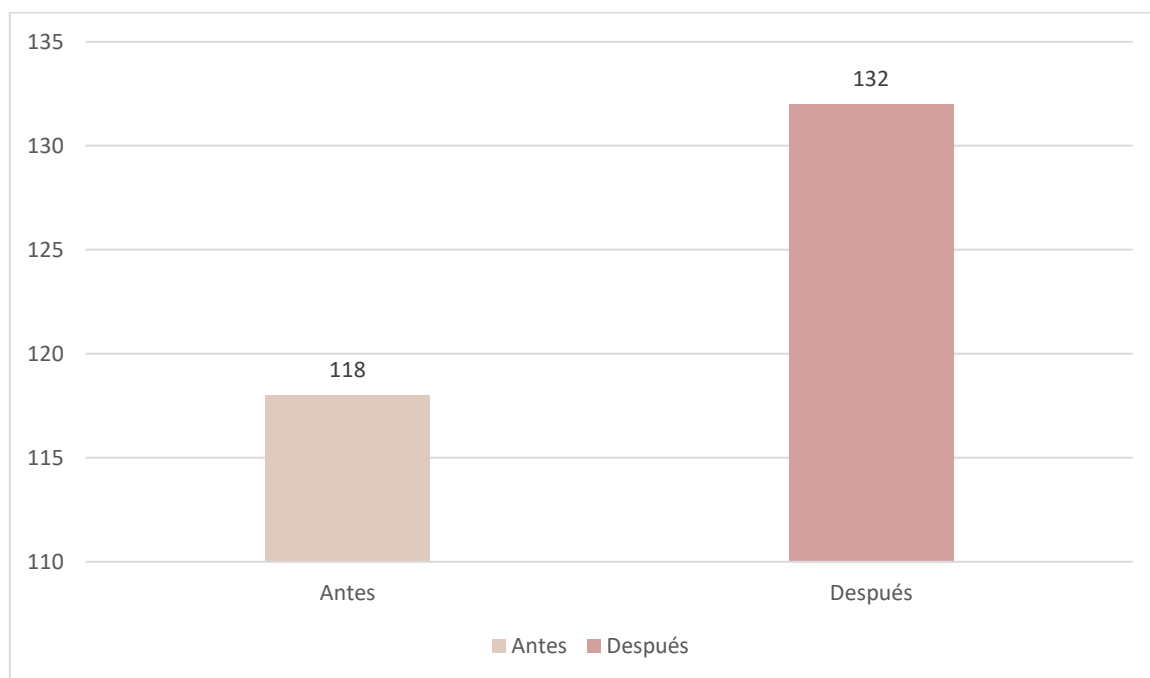


Nota. Diagrama de barras de los resultados de la evaluación pre-test y post-test de la Escla de Soledad de UCLA.

En la Figura 3. los resultados de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en un inicio con la aplicación pre-test son de 118 puntos, de acuerdo con la escala, la paciente tiene un bienestar psicológico moderado. En cuanto a la segunda aplicación pos-test arroja una puntuación de 132 elevando el bienestar psicológico de la paciente, dando a conocer que cuantitativamente la usuaria presenta un alto bienestar psicológico.

Figura 3

Resultados de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff



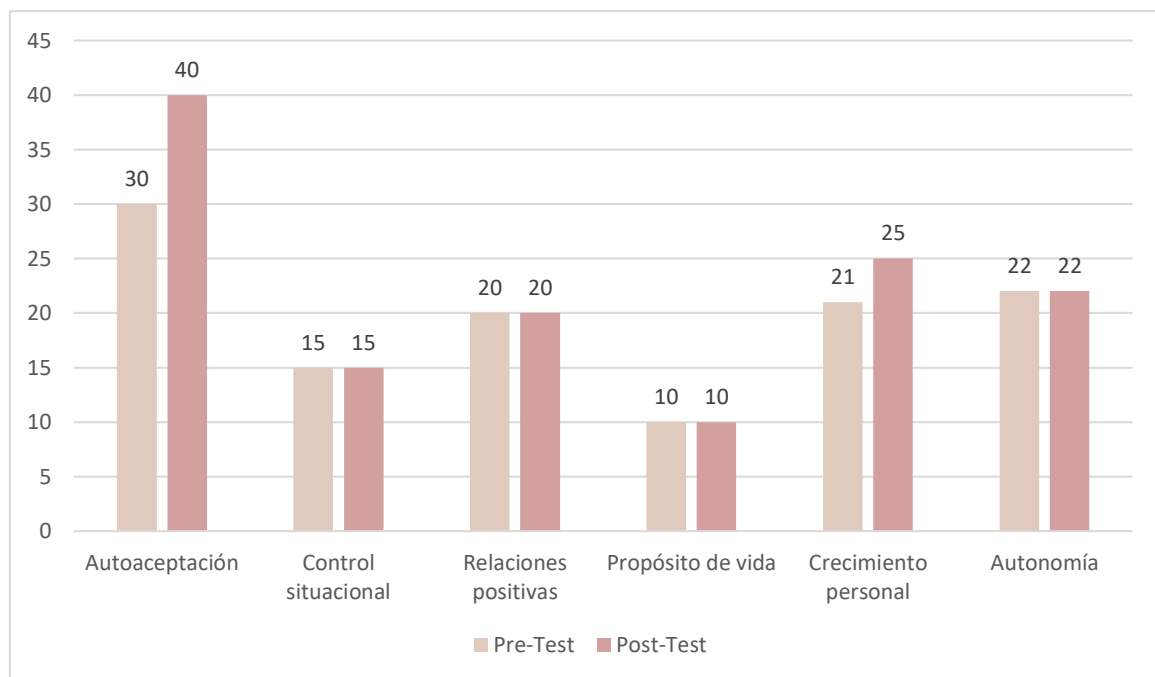
Nota. Diagrama de barras de los resultados pre y post test de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

En la Figura 4. La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff presenta los resultados de los seis factores de la presente escala, obtenidos en la aplicación del pre-test y post-test. Los puntajes pre-test de los factores son los siguientes: Autoaceptación está situada en 30 puntos, crecimiento personal en 21 y autonomía en 22, las cuales son consideradas como un rango medio de cada factor. En cambio, control situacional tiene 15 puntos, relaciones positivas 20 puntos y propósito de vida 10 puntos, estos factores están en un rango de bajo grado según los baremos. En el post-test, los resultados muestran que la autoaceptación aumenta a 40 puntos, este factor elevó su grado a uno alto, mientras que el control situacional y las

relaciones positivas permanecen en 15 y 20 puntos respectivamente, los dos factores mantienen su grado medio. El propósito de vida y autonomía siguen en 10 y 22 puntos indicando que están en grado bajo de estos factores, el crecimiento personal incrementa a 25 puntos el cual se posiciona en un grado medio. Se observa un incremento en los factores de autoaceptación y crecimiento personal.

Figura 4

Resultados de los Factores de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

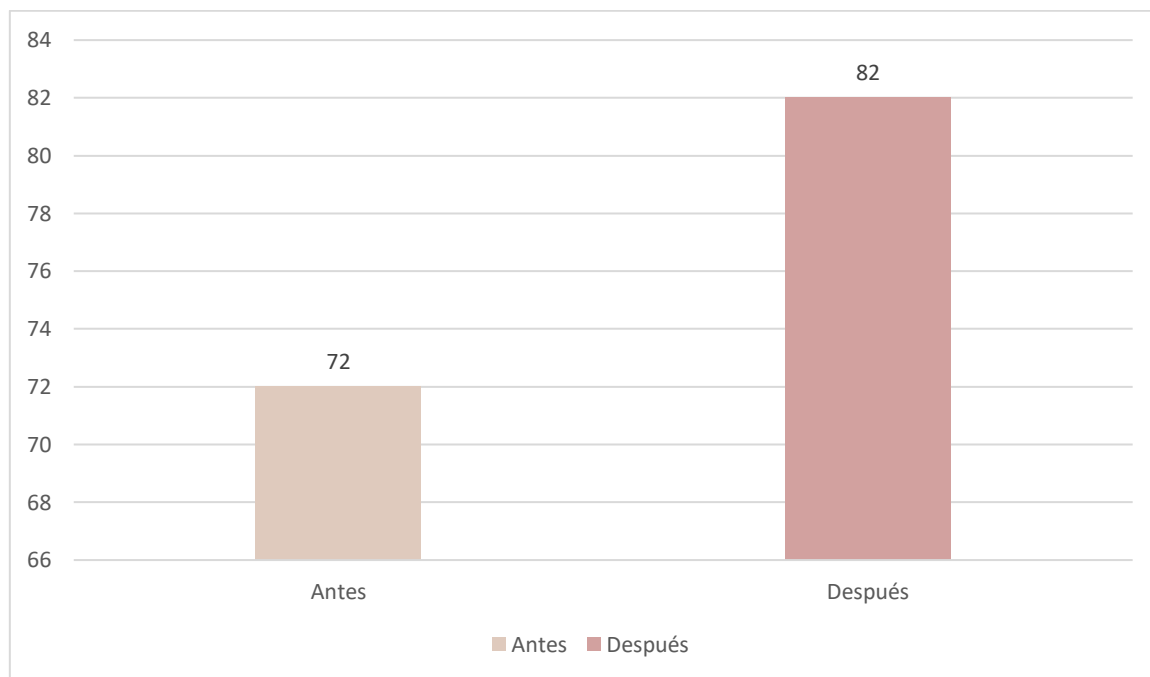


Nota. Diagrama de barras de los resultados pre y post test de los factores de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.

En la Figura 5. La Escala de Vida (WHOQL-OL24), tiene como resultado inicial en la aplicación pre-test una puntuación de 72 considerando un nivel medio de calidad de vida. En la evaluación final obtuvo una puntuación de 82, manteniéndose así en el mismo nivel de calidad de vida desde un punto de vista cuantitativo.

Figura 5

Resultados de la Escala de Vida (WHOQL-OLD 24)



Nota. Diagrama de barras de los resultados pre y post test de la Escala de Vida (WHOQL-OLD24).

3.1. Análisis de resultados cualitativos

Tabla 7

Análisis cualitativo de síntomas presentes en la observación clínica

Síntoma	Presente actualmente	Disminuyó	Ausente
Tristeza			X
Falta de motivación			X
Angustia		X	
Temor			X
Problemas del sueño		X	
Humor depresivo			X
Preocupación			X
Nerviosismo		X	

Nota. Resultados cualitativos de la observación clínica de la sintomatología.

Los resultados cualitativos mediante una tabla de observación (Tabla 7) dan a conocer que la sintomatología en un inicio presente en la paciente, la angustia, los problemas de sueño y el nerviosismo han disminuido, mientras que la tristeza, la falta de motivación, temor, humor depresivo y preocupación se han ausentado tras la intervención psicológica realizada. Por ello se puede indicar que el tratamiento aplicado en este caso ha sido de utilidad y ha cumplido con los objetivos propuestos.

Discusión

El caso de soledad en una persona de tercera edad tuvo como objetivos reducir la sintomatología provocada por la soledad en la paciente mediante la aplicación de diferentes técnicas psicoterapéuticas, mejorar el bienestar psicológico de la paciente a través de técnicas psicológicas de tercera generación y aumentar la calidad de vida en la paciente con la intervención psicoterapéutica.

Los resultados tras la aplicación del plan de intervención con técnicas de Terapias de Tercera Generación y Terapia Cognitivo Conductual fueron óptimos disminuyendo el grado de soledad de la paciente, aumentando el bienestar psicológico y manteniendo su calidad de vida, desde el punto de vista cualitativo, la paciente disminuyó su estado de ánimo de tristeza, también los problemas de sueño y nerviosismo.

Se ingresa como contexto que la tercera edad es una etapa de la vida en donde los adultos mayores están sujetos a una gran variedad de cambios, entre ellos biológicos, sociales y psicológicos, también aumenta significativamente el porcentaje de pérdidas a partir de los 75 años contribuyendo en los problemas de salud mental y predispone al sentimiento de soledad. Así mismo, el sentimiento de soledad es el resultado de una evaluación cognitiva del ajuste entre las relaciones existente y los estándares personales (Vázquez et al., 2022).

Se presenta el caso de una adulta mayor de 95 años que vive sola, como consecuencia presentó signos de angustia, preocupación, nerviosismo, problemas para conciliar el sueño. Tras una evaluación adecuada dio como resultado un diagnóstico Z60.2 Problemas relacionados con persona que viven solas, para obtener este diagnóstico se realizó una entrevista y aplicación de reactivos relacionados a la problemática, entre los reactivos aplicados están: La Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, La Escala de Soledad UCLA, La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, La Escala de Vida WHOQOL-OLD de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y El cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en el presente caso permitió evaluar sintomatología depresiva, dado que es una de las escalas mayormente utilizadas para esta problemática. Así mismo, En un grupo de 160 adultos mayores entre 65 a 75 años, en el cual compararían el nivel de depresión de las personas de tercera edad que viven en la zona urbana y rural mediante la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage encontraron que el nivel de depresión del área urbana es muy alto con un 48.7%, mientras que en el área rural es alto con 36.2%, dando a conocer que el instrumento es acorde para medir la depresión en este grupo etario (Saltos et al., 2021).

Por otro lado, al realizar una validación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en un grupo de 150 personas, mencionan que los resultados son óptimos para identificar depresión en la población mexicana, porque cumplen con las propiedades psicométricas adecuadas, teniendo como principal instrumento para medir la depresión en personas de tercera edad a esta escala (Salgado et al., 2024). Se determina que el instrumento aplicado para evaluar depresión en este caso es esencial porque ayudo con el descarte del diagnóstico de depresión.

Para determinar la soledad que presentaba el adulto mayor se aplicó la Escala de Soledad de UCLA, en la cual diversas investigaciones determinan que la escala permite identificar correctamente la soledad en los adultos mayores, por ello, en un grupo de 138 participante entre 65 a 90 años mediante la aplicación de esta escala establecen que la soledad tiene precedentes en la motivación y cognición de la persona (Meléndez et al., 2022). Así mismo, se validó esta escala en un grupo de 136 personas en Brasil en el cual indican que la escala se puede utilizar en este grupo etario y en la población brasileña, así corroborando que la Escala de Soledad de UCLA, es aceptable para medir la soledad en personas de tercera edad (Ferreira et al., 2022).

La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff permite valorar el bienestar psicológico de las personas, en una de las validaciones de esta escala se encuentra la población de personas de tercera edad, a partir de un grupo de 170 adultos mayores, en donde la escala obtuvo resultados óptimos indicando que la Escala de Bienestar Psicológico está en

condiciones para ser aplicada en este grupo etario y determinar el bienestar psicológico de las personas (Arce et al., 2023). Así mismo, una se realizó una validación en adultos mayores argentinos, en un grupo 124 individuos que van desde los 50 a 85 años, al igual que en la validación anterior se indica que las propiedades psicométricas son aptas para medir este instrumento en esta población (Caro et al., 2019). Por ello se menciona claramente que la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff es la indicada para evaluar el bienestar psicológico y por ende fue esencial para evaluar al paciente en el presente caso.

La Escala de Vida (WHOQOL-OLD) creada por la Organización Mundial de la Salud, permite valorar la calidad de vida de cada paciente. Este instrumento ha sido implementado en diversas investigaciones. Por ejemplo, en Ecuador se utilizó para medir la calidad de vida de los adultos mayores en una comunidad indígena. Los resultados indicaron que esta herramienta fue efectiva para la evaluación de este constructo, aunque el índice general resultó bajo por la falta de recursos y hábitos de vida adecuados, así como la ausencia de cuidadores y proveedores (Solís y Villegas, 2021).

La WHOQOL-OLD también ha sido validada en personas de tercera edad de Lima-Perú, los resultados dan a conocer que los valores de la escala son apropiados en este grupo etario confirmando su utilidad como un reactivo adecuado para esta problemática (Queirolo et al., 2020). En este contexto, la escala fue un instrumento acorde para la valoración de la calidad de vida de la paciente y relacionarla con su soledad, bienestar psicológico y salud general.

El Cuestionario de Salud General de Goldberg fue adaptado y validado en varios contextos. En un estudio implementado en Perú, se aplicó a un grupo de 432 individuos, corroborando la validez de los ítems del cuestionario y destacando su aptitud para evaluar la salud mental de esa población (Chávez et al., 2023). De forma similar, en Ecuador se valoraron las propiedades psicométricas del instrumento, los resultados fueron positivos y se determinó como apto para aplicarlo en los ecuatorianos (Moreta et al., 2021).

Las escalas aplicadas para medir depresión, soledad, bienestar psicológico, calidad de vida y salud general, permitieron ahondar más en la problemática así descartando los

diagnósticos presuntivos hasta llegar al definitivo, teniendo en cuenta, cada una de las propiedades psicométricas, en sí, las escalas y cuestionarios aplicados en este casos fueron ideales permitiendo valorar mediante los resultados cuantitativos el estado general de la paciente y a esto se une la observación clínica que también fue fundamental para determinar el diagnóstico.

Para abordar este caso se consideraron las Terapia Cognitivo Conductual (Terapia Racional Emotiva Conductual) y las de Tercera Generación (Terapia de Aceptación y Compromiso, Psicología Positiva), entre las técnicas aplicadas están: psicoeducación sobre emociones, imaginación racional emotiva, programación de actividades recreativas, mindfulness, reminiscencia, revisión de vida, etc. La psicoeducación, es una técnica que permite educar a los pacientes acerca de su problemática o algún aspecto a abordar.

Un estudio aplicado en el contexto de la pandemia del COVID-19 en usuarios de la casa de abuelos El Porvenir que intentan dar a conocer sobre la regulación emocional, manifiestan que esta temática es factible abordarla mediante la psicoeducación, como resultado logró incrementar el nivel de conocimiento sobre las emociones con un predominancia de afectos positivos y que adquieran habilidades para regularse emocionalmente mediante estrategias para el manejo y expresión emocional (Delgado y García., 2021). La Psico-educación fue una técnica que permitió enseñarle a la paciente sobre las emociones, su función, cuáles son, etc, ayudando a que la paciente identifique claramente el tema de las emociones, al igual que en el estudio de la pandemia la psicoeducación fue una forma efectiva de explicar la temática correspondiente.

La imaginación racional emotiva es una técnica de la Terapia Racional Emotiva Conductual, la cual está dentro de la Terapia Cognitivo Conductual, esta técnica permite que la paciente mediante la imaginación pueda atraer la situación y los pensamientos que le generan malestar, indicándole a la paciente que discuta con los pensamientos irracionales que presenta adoptando unos más racionales y que describa el efecto que genera esa situación cognitiva y emotiva que está presenciando (Labrador, 2011).

Por otro lado, se realizó un estudio de la Terapia Racional Emotiva en un grupo de 50 adultos que comprendían las edades de 20 y 60 años, distribuidos en 5 grupos, en el cual se aplicaron las técnicas de la imaginación racional emotiva, entrenamiento de relajación y un grupo de control, para verificar resultados aplicaron el Idea Inventory, la Multiple Adjective Checklist, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPI). Los resultados fueron favorables en todos los grupos aplicados, indicando que la técnica de imaginación racional emotiva fue significativamente mejor que el RET al aplicar técnicas de relajación en las medidas de ansiedad (Ellis y Grieger, 1990).

Al igual que en la investigación realizada de la técnica de imaginación racional emotiva, en un inicio se realizó con la paciente un ejercicio de respiración profunda, permitiendo que la paciente pueda estar tranquila para continuar con la técnica, en la cual se analizaron los pensamientos que le generaban malestar, evidenciando claramente la disminución de la sintomatología que presentaba por la soledad.

La técnica de actividades recreativas permite a los adultos mayores a activarse funciones que les resulte placenteras y que mejore el disfrute de las situaciones, así mejorando el estado del ánimo. En un estudio realizado en el Cantón de la Maná en la provincia de Cotopaxi sobre las prácticas de actividades recreativas terapéuticas en los adultos mayores para prevenir el deterioro cognitivo, indica que el programa de actividades recreativas estuvo en favor de la salud de este grupo etario, presentando en toda la muestra un 100% de deterioro cognitivo y después de aplicar el programa disminuyeron un 64% y un 28% presentan sospecha patológica y el 8% están dentro del rango de normalidad (Arias et al., 2022).

Las actividades recreativas no solo previenen el deterioro cognitivo, también ayuda a los pacientes a conectar con sensaciones placenteras que les permiten disfrutar y ser más dinámicos, por ello, en este caso se utilizó esta técnica, porque era necesario que la paciente conectara con sensaciones positivas que le permitan disminuir la sintomatología de la

soledad, los resultados de aplicar esta técnica en el caso fueron efectivas dado que se cumplió con el objetivo principal del primer bloque de la intervención terapéutica.

El Mindfulness es una técnica de la Tercera de Generación que permite a los pacientes centrarse en el aquí y el ahora, es decir el presente, aceptando los eventos con una actitud de apertura y curiosidad (Ruiz y Callejón., 2014). En el 2022 realizaron una investigación de la terapia cognitiva basada en mindfulness para mejorar la calidad de sueño en adultos mayores con insomnio, los resultados se evaluaron con el índice de gravedad del insomnio y el índice de calidad de sueño de Pittsburg, indicando que la aplicación de la TCC combinada con mindfulness es eficaz para tratar el insomnio (Camino et al., 2022).

Al aplicar mindfulness en el caso permitió que la paciente puede centrarse en el momento presente al estar explorar con la técnica cada sensación corporal, así ella pueda apreciar lo que está sintiendo, generando mediante esta técnica tranquilidad. Así como en el estudio anteriormente mencionado, la técnica permitió mejorar su calidad de sueño y a su vez su bienestar psicológico.

La Reminiscencia, es una técnica que le permite al paciente desencadenar una serie de sucesos mediante el recuerdo, reviviendo acontecimientos trascendentales en su vida como elemento de reflexión, desde un componente emocional y motivador, unido a un trabajo cognitivo que se agrupa bajo los elemento o materiales pasados, una vinculación retrospectiva y temporal de contenidos vitales del individuo (Moreno, 2009). Así mismo en la técnica de reminiscencia realizaron un estudio para explorar la forma de estimular cognitivamente ante la enfermedad de Alzheimer, dando como resultado que, al evocar recuerdos y experiencias pasadas, mejora la función cognitiva y emocional de los pacientes (Córdova, 2024).

El realizar la reminiscencia en el presente caso, permitió que la paciente pueda fortalecer su identidad personal, la cual está relacionado con el bienestar psicológico porque le permite comprenderse así misma con la evocación de recuerdos que le resultaron gratificantes en su momento, ayudando así a mejorar su autoestima y sentido de continuidad

con la vida, el resultado de esta técnica fue que la paciente fortaleció su identidad a su vez generando una sensación de bienestar.

La técnica de revisión de vida permita a la paciente tener presente cada uno de los momentos hasta la actualidad a lo largo de la vida, lo cual ayuda a fortalecer la identidad personal de cada paciente mediante un análisis de reflexión en cada etapa de su vida. En una revisión sistematizada sobre la revisión de vida, se da a conocer que en la población mayor de 60 años es eficaz esta técnica reduciendo sintomatología depresiva, ansiedad, mejora la autoeficacia, mejora la memoria, permitiendo un mayor bienestar y satisfacción con la vida (Cañon et al., 2020).

El realizar una revisión de vida en adultos mayores les permitirá conectar con cada experiencia y evento, identificándose cada vez más con ello, en este caso no fue la excepción, porque la paciente reflexionó y exploró cada evento de su vida, generando en ella un sentimiento de satisfacción por cada situación vivida, cumpliendo en el caso con el objetivo de aumentar el bienestar psicológico.

Las técnicas psicológicas anteriormente descritas fueron esenciales en la implementación del plan terapéutico, porque ayudaron con el cumplimiento de los objetivos propuestos, así reduciendo sintomatología de soledad, aumentado el bienestar psicológico y manteniendo la calidad de vida de la paciente, por ello, se lograron resultados óptimos, dado que las técnicas se acoplaron perfectamente a las necesidades de la paciente, pero también, hay que reconocer la predisposición que tuvo para realizar cada una de las técnicas, la comunicación asertiva que se implementó, el rapport que ayudó a generar un ambiente de empatía y comprensión de la problemática; y por último el trabajo realizado de la paciente y psicóloga se entrelazaron creando una buena colaboración.

Algunas limitaciones que se observan en este estudio de caso es que el espacio donde se realizó la intervención a veces no era el adecuado, permitiendo que se distraiga con facilidad, por otro lado, la información acerca de como intervenir en personas que presentan problemas relacionados con la soledad es escasa, especialmente en personas de tercera edad, quedando como resultado que algunas investigaciones realizadas sean muy antiguas.

Por ello, el realizar este caso permitirá a los estudiantes y profesionales de la salud en el área de psicología tener información actualizada, así mismo, valorar si las técnicas expuestas en el caso pueden ser aplicadas en sus pacientes que tienen una problemática similar o adaptarlas a las necesidades de este. Sin embargo, este caso se podría utilizar como un boceto de lo que posiblemente funcionaría con una persona que tenga problemas relacionados con personas que viven solas, especialmente en adultos mayores, dado que existe una alta probabilidad de este grupo etario a tener una sensación de soledad a pesar de estar acompañados por sus familiares.

Este caso contribuye a la sociedad al proporcionar un ejemplo de las técnicas que se podrían utilizar para abordar esta problemática, abriendo un debate sobre la efectividad de su aplicación en casos similares. Además, fomenta la realización de estudios que profundicen en la soledad de las personas de tercera edad, mediante la exploración de diversas técnicas psicológicas que pueden ser útiles para minimizar esta situación y mejorar el bienestar psicológico.

Conclusiones

El proceso de evaluación realizado en el estudio de caso ayudó a conocer la problemática de la paciente, mediante la recolección de información, la observación clínica y la aplicación de reactivos ayudaron a corroborar y descartar hipótesis, entre los reactivos aplicados están, la Escala de Depresión de Yesavage, la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, la Escala de Calidad de Vida y el Cuestionario de Salud General de Goldberg.

Así mismo, para llegar como tal al diagnóstico se revisaron los criterios del CIE-10 y los resultados de las valoraciones cuantitativas y cualitativas, descartando el diagnóstico de Episodio depresivo leve (F32.0), Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1), llegando así al diagnóstico definitivo *Problemas relacionados con persona que viven sola (Z60.2)*. Finalmente, se aplicó un plan de intervención integral en el cual se incluía la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia de Tercera Generación, teniendo grandes avances en donde la paciente logró reducir de manera cuantitativa la sintomatología de la soledad, aumento el bienestar psicológico y su calidad de vida, las técnicas aplicadas permitieron cumplir con los objetivos propuestos.

Recomendaciones

Algunas recomendaciones dentro del proceso de evaluación es buscar otros reactivos que puedan medir la soledad en adultos mayores porque les ayudará a respaldar con más información acerca de esta problemática, sin embargo, también se debe tener en cuenta la observación clínica y el proceso de entrevista para que las preguntas a realizar estén bien direcciones logrando tener el diagnóstico correcto. Así mismo, al realizar un diagnóstico definitivo tener en cuenta los criterios de los manuales diagnósticos porque la sintomatología puede confundir indicando que puede ser un trastorno similar al que se va a diagnosticar.

La recomendación final, es que al realizar una intervención se debe analizar detalladamente el caso mediante un análisis funcional, el cual permitirá definir las técnicas psicológicas a aplicar en el paciente y desde un inicio permitirá conocer las conductas a delimitar en el plan intervención.

Referencias

- Acosta, C., Vales, J., Echeverría, S., Serrano, D., y García, R. (2013). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Revista Psicología y Salud, 2*, 241-250.
- Alcázar, R., y Rivera, P. (2019). La respiración profunda, sus beneficios y cuándo usarla. *Círculo de Escritores*.
- Altman, D. (2014). *50 Técnicas de Mindfulness para la ansiedad, depresión, el estrés y el dolor*. Editorial Sirio.
- Álvarez, P., Lagos, J., y Urtubia, Y. (202). Percepción de Bienestar Psicológico y Apoyo Social Percibido en Adultos Mayores. *Fides Et Ratio-Revista de Difusión Cultural y Científica de la Universidad La Salle en Bolivia, 20(20)*, 37-59.
- Álvarez, G., Armas, I., Luna, O., y Hernández, N. (2023). Diagnóstico diferencial: ¿Qué es, cómo se hace, dónde los enseñan?. *Medicentro Electrónica, 27(3)*.
- Arce, M., Pérez, D., Mayea, S., Otero, I., Guerra, V., y Molerio, O. (2023). Validación de la Escala de Bienestar de Carol Ryff, en adultos mayores cubanos. *Medicent Electrón, 27(2)*, 1-20.
- Arias, C., Altamirano, D., y Cabezas, E. (2022). Implicaciones teórico – prácticas de actividades recreativas terapéuticas en el adulto mayor como estrategia para prevenir el deterioro cognitivo. *Polo del Conocimiento, 7(9)*, 708-726.
- Caro, L., Karkoszka, N., y Botero, M. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos mayores. Un estudio preliminar de investigación y práctica profesional en psicoinvestigación. XV Encuentro de Investigadores MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Musicoterapia. Facultad de Psicología Buenos Aires, Buenos aires.
- Cano, D., Villegas, D., Gonzáles, D., y Montoya, K. (2020). Estigmatización social en el ámbito escolar generada por un diagnóstico psicológico. *Poiésis, 39*, 19-32.

- Cañon, L., y Torres, J. (2020). Revisión sistematizada sobre la eficacia de las terapias de revisión de vida y reminiscencia en personas mayores. *Universidad del Bosque*.
- Camargo, C., y Chavarro, D. (2020). El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Universitas Medica*, 61(2), 1-8. <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed61-2.essm>
- Camino, M., Satorres, E., Delhom, I., Real, E., Abella, M., y Meléndez, J. (2022). Terapia cognitiva basada en mindfulness para mejorar la calidad del sueño en adultos mayores con insomnio. *Psychosocial Intervention*, 31(3),159-167. <https://dx.doi.org/10.5093/pi2022a12>
- Capurro, D. y Rada, G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista Médica de Chile*, 135(4), 135-538.
- Chávez, J., Castillo, P., Ruiz, R., Gustavo, M., y Hernández, M. (2023). Adaptación y validación peruana del Cuestionario de Salud General (GHQ-12) en trabajadores de salud. *Iatreia*, 36(3), 353-364. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.177>
- Córdova, K., y Guevara, N. (2024). Exploración de técnicas de reminiscencia como forma de estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 8(15), 28-39. <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i15.3195>
- Delgado, L., y García, J. (2021). Sistema de acciones psicoeducativas para la regulación emocional en adultos mayores durante la Covid-19. *Revista Progaleno*, 4(2), 80-90.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C., y Dierendonck, D. (2006). Adaptación Española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577..
- Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de Terapia Racional-Emotiva (Volumen 2)*. Editorial Desclée.
- Ferreira, L., Prette, T., Carriho, A., Azevedo, C., Moreira., y Couto T. (2022). Validez y confiabilidad de la Escala de Soledad de UCLA versión 3 entre adultos mayores brasileños. *Revista Pesquisa*,26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0087>

- Florencia, M., Hermida, P., Ofman, S., Feldberg, C., y Freiberg, A. (2021). Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 11(2), 99-121. <https://doi.org/10.26864/pcs.v11.n2.5>
- García, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 88-97.
- García, D., Morales, C., y Chanchay, A. (2023). Bienestar psicológico en adultos mayores de 60 a 90 años en un centro público en la ciudad de Quito en el año 2023. *Dominio de las Ciencias*, 9(3), 1573-1590. <https://doi.org/10.23857/dc.v9i3.3514>
- Garza, R., Gonzáles, J., Rubio, L., Dumitrache, C. (2020). Soledad en personas mayores de España y México: un análisis comparativo. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 106-116. <http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.6>
- Godoy, D., Godoy, J., López, F., y Sánchez, M. (2002). Propiedades psicométricas de la versión española del "Cuestionario de Salud General de Goldberg-28". *Revista de la Psicología de la Salud*, 14(1), 49-71.
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173.
- Gonzáles, J., y Garza, R. (2021). La medición de la soledad en personas adultas mayores: estructura interna de la escala ESTE en muestra del norte de México. *Interdisciplinaria*, 38(3), 169-184. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.3.10>
- Gómez, C., y Campos, 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.
- Hernández, J. Perula, L., Rich, M., Roldán, A., Perula, C., Ventura, P., y Grupo Colaborativo del Estudio ASyS. (2021). Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 54(2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102218>

- Hernández, J., Guadamarra, R., Castillo, S., Arzate, G., y Márquez, O. (2015). Validación del WHOQOL-OLD en adultos mayores de México. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencias Psicológica*, 7, 397-405.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2008). *Psicología Positiva Aplicada (2da. Edición)*. Editorial Desclée.
- Fernández-Ballesteros, R. (2023). *Evaluación Psicológica: Conceptos, métodos y estudios de casos (2da Edición)*. Ediciones Pirámide.
- Llamosas, L., Díaz, M., Torres, Y., y Castaño. H. (2023). Programa “hygge” para disminuir el sentimiento de soledad en adultos mayores residentes del Centro de Atención Residencial Mixto del Adulto Mayor “San Pedro”. *Veritas Et Scientia*, 12(2), 231-239 . <https://doi.org/10.47796/ves.v12i02.871>
- Labrador, F. (2011). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Ediciones Pirámide
- López, A., Benítez, X., León, M., Maji, P., Dominguez, D., y Baez, D. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2).
- Loor, R., y Mera, R. (2024). Diagnóstico psicológico en adultos mayores del centro gerontológico los rosales, Santo Domingo de los Tsáchilas. *Márgenes: Revista Multitemática de desarrollo local y sostenibilidad*, 12(1), 70-86.
- Martínez-Callao, M., Pinazo-Hernandis, S., Sales, A., y Pinazo-Clapés, C. (2020). Reminiscencia y Variables Adaptativas en Personas Mayores. *Búsqueda*, 7(25), e509.
- Ministerio de Salud Pública. (S. F.). Sistema de información estadística: Enfermedades de declaración obligatoria.
- Meléndez, J., Delhom, I., Satorrres, E., Abella, M. y Real, E. (2022). La desesperanza como predictora de la soledad en adultos mayores. *Revista Española Geriátrica y Gerontología*, 57(2), 85-89. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.01.002>
- Moreta, R., Dominguez, S., Vaca. D., Zambrano, J., Gavilanes, D., Ruperti, E., & Bonilla, D. (2021). Psychometric Properties of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in

- Ecuadorian College Students, *Psychological topics*, 30(3), 573-590.
<https://doi.org/10.31820/pt.30.3.9>
- Moreno, A. (2009). Reminiscencia e historia de vida: La atmósfera personal del anciano. *Revista Psicología Científica*, 11(3).
- Muñoz, M., Austín, B., y Panadero, S. (2019). *Manual Práctico de Evaluación Psicología Clínica (2da. Edición)*. Editorial Síntesis.
- Napurí, A., y Moyano E. (2021). Validación del módulo WHOQOL-OLD en personas atendidas en organizaciones para el adulto mayor. *Pesquimat*, 24(1), 9-22.
<https://doi.org/10.15381/pesquimat.v24i1.19478>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Salud mental de los adultos mayores. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). Adultos Mayores y Salud Mental.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*.
- Palma, E., y Escarabajal, M. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22-25.
- Paz, S., y Peña, B. (2021). *Fundamentos de la Evaluación Psicológica (1ra Edición)*. Abya-Yala.
- Pinto, R., y Manchego, E. (2021). Calidad de vida y resiliencia en adultos mayores atendidos en centro de salud de Santa Ana de Tusi, Pasco, 2020 [Tipo de Tesis para optar el título profesional de médico cirujano, Universidad César Vallejo]. Repositorio Digital de la Universidad César Vallejo.
- Queirolo, S., Barboza, M., y Ventura, J. (2020). Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). *Enfermería Global*, 19(60), 259-273.

- Ramírez, S. (2022). Gratitude, strategy for well-being. *Revista de Divulgación. Crisis y Retos en la familia y Pareja*, 4(1), 43-46. <https://doi.org/10.22402/j.rdcfrp.unam.4.1.2022.450.43-46>
- Román, A. (2020). Systematic Review of Articles on Bibliotherapy and the Meaning of Life. *Calidad de Vida y Salud*, 13(Especial), 114-129.
- Ruiz, M., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Editorial Descleé.
- Ruiz, L., y Callejón, Z. (2014). Third-generation behavioral therapies in older people: a review of the literature. *Psychology, Society & Education*, 6(2), 113-124.
- Salgado, K., Andrade, P., Hernández, A., Díaz, R., y Velasco, A. (2024). Validation of the Geriatric Depression Scale of Yesavage in older Mexican adults, *Informes Psicológico*, 24(1), 123-135. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v24n1a08>
- Saltos, L., Zavala, A., Ortiz, P., Mayorga, F., y García, M. (2021). Comparative study of the level of depression in older adults in urban and rural areas, *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnológicas de Informacao*, E42, 542-553.
- Solis, E., y Villegas, N. (2021). Psychological well-being and perception of quality of life in older indigenous people of Ecuador. *Polo del Conocimiento Revista Científico-Profesional*, 6(5), 1104-1117.
- Vázquez, L., Miranda, K., Parra, N., Fernández, F., Vásquez, F. (2022). Perception of loneliness in older adults who live alone. *Revista Información Científica*, 101(4).
- Vázquez, J., y Jiménez, R. (1994). UCLA Loneliness Scale. Reliability and validity of a Spanish version. *Revista de Psicología de la Salud*, 6(1), 45-54.
- Velarde, C., Fragua, S., y García, J. (2016). Validation of the UCLA loneliness scale and social profile in the elderly population that lives alone. *Semergen*, 42(3), 177-183. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>
- Vivas, M. Gallego, D. y González B. (2007). *Educación de las emociones (2da Edición)*. Producciones Editoriales C. A.