



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

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

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Intervención cognitivo conductual en una adulta mayor
con diagnóstico de Demencia sin especificación y
Trastorno Bipolar, actualmente con episodio maníaco**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autora: Gonzaga Villamar, Karen Elizabeth

Directora: Cabrera León, Lizbeth Katherine

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, 20 de septiembre de 2024

Magíster

Gianella Liseth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad. –

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención Cognitivo Conductual en una adulta mayor con diagnóstico de Demencia sin especificación y Trastorno Bipolar, actualmente con episodio maníaco, realizado por Karen Elizabeth Gonzaga Villamar, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Directora: Lizbeth Katherine Cabrera León, Magister

C.I: 1105146698

Correo electrónico: lkabrera@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Karen Elizabeth Gonzaga Villamar, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención Cognitivo Conductual en una adulta mayor con diagnóstico de Demencia sin especificación y Trastorno Bipolar, actualmente con episodio maníaco, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: capítulo uno; marco teórico, capítulo dos; metodología y capítulo tres; resultados, siendo Lizbeth Katherine Cabrera León, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

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

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

.....

Autora: Karen Elizabeth Gonzaga Villamar

C.I: 1104894306

Correo electrónico: kegonzaga2@utpl.edu.ec

Dedicatoria

A Dios, quién me brindó resiliencia y sabiduría en los momentos más duros de mi vida. Con amor a mi amado padre, Ricardo Gonzaga, por apoyarme y acompañarme en cada etapa de mi vida, no importan los kilómetros que nos separen, siempre estarás en mi corazón. A mi querida madre Blanca Villamar, quién es mi soporte y mi eterna compañera de vida, gracias por escucharme, apoyarme y creer en mí.

A mis hermanos Andrea y Joel Gonzaga, gracias por compartir momentos inolvidables junto a mí, por educarme y motivarme cada día, han sido ejemplo de perseverancia y fuerza constante en mi vida. Finalmente, con amor a mis mascotas Saphira, Ares y Kiro, quiénes me han acompañado incondicionalmente, especialmente gracias al amor más grande de mi vida, Ónix; mi querido bebé quién me cuida desde el cielo de los perritos, que me da fuerzas y esperanza, te amo.

Agradecimiento

Agradezco principalmente a la Universidad Técnica Particular de Loja, por darme la oportunidad de estudiar en su campus universitario y haber sido parte de esta gran universidad que me permitió formarme académicamente. De igual manera, quiero reconocer a los docentes de la carrera de Psicología Clínica, quienes aportaron significativamente en mis estudios. Gracias especialmente a aquellos maestros que fueron inspiración y que me ayudaron a enamorarme aún más de mi carrera.

Extiendo además mi más sincero agradecimiento a mi directora del Trabajo de Integración Curricular Psic. Cl. Lizbeth Katherine Cabrera León, por su apoyo incondicional y especial paciencia para guiarme de la mejor manera en la finalización del presente trabajo. Gracias por su tiempo, por su acompañamiento y por ayudarme incondicionalmente en mi proceso académico, especialmente por hacerme aprender los códigos de la CIE-10.

Índice de contenido

Carátula	I
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Particular que comunico para los fines pertinentes.....	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento.....	VI
Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno	7
Marco teórico	7
1.1 Presentación del caso	7
1.1.1 <i>Identificación del paciente</i>	7
1.1.2 <i>Motivo de consulta</i>	8
1.1.3 <i>Historia del problema y descripción de la sintomatología</i>	8
1.2 Proceso de evaluación	10
1.2.1 <i>Entrevista con la paciente</i>	10
1.2.2 <i>Observación clínica</i>	11
1.2.3 <i>Instrumentos psicológicos aplicados</i>	12
1.3 Proceso diagnóstico	14
1.3.1 <i>Diagnóstico presuntivo</i>	14
1.3.2 <i>Diagnóstico diferencial</i>	15

1.3.3 Diagnóstico definitivo	16
Capítulo dos	19
Metodología	19
2.1 Tratamiento/Intervención	19
2.1.1 Objetivos terapéuticos	19
2.1.2 Plan de tratamiento/intervención	19
2.1.2.1 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico	22
Capítulo tres	31
Resultados	31
3.1 Análisis de resultados cuantitativos	31
3.2 Análisis de resultados cualitativos	33
Discusión	34
Conclusiones	39
Recomendaciones	40
Referencias	41

Índice de Tablas

Tabla 1 Resultados cuantitativos de instrumentos psicométricos	13
Tabla 2 Plan de Intervención Psicoterapéutico	19

Índice de Figuras

Figura 1 Genograma Familiar de la Paciente	7
Figura 2 Resultados de la Escala de Manías de Young	31
Figura 3 Resultados de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	32
Figura 4 Resultados del Test de Evaluación Neuropsicológica – Neuropsi	32

Figura 5 Resultados del Mini Examen del Estado Mental – Mini-mental..... 33

Resumen

El trastorno bipolar y la demencia son enfermedades mentales graves que causan serios conflictos en la vida de la persona quién lo padece, es por ello que, en el presente caso se trabajó con una adulta mayor de 71 años de edad, a quién por medio de entrevistas semiestructuradas, la observación clínica y la aplicación de reactivos psicométricos, se diagnosticó con Trastorno Bipolar, episodio maníaco sin síntomas psicóticos, y demencia sin especificación. Por lo tanto, mediante técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual y el planteamiento de objetivos terapéuticos, como la disminución de sintomatología maníaca, el fortalecimiento de capacidades cognitivas y la promoción de habilidades sociales, se buscó optimizar la adaptabilidad de la paciente a la vida diaria. Con base a esto, se logró cumplir positivamente con lo previsto, y además se verificó mediante la aplicación de instrumentos pre, post intervención y de seguimiento una mejora significativa en cuanto a los síntomas y adaptación social de la usuaria. Este estudio destaca la importancia de un enfoque integral en el tratamiento de trastornos mentales en adultos mayores.

Palabras clave: Adulto Mayor, Trastorno Bipolar, Demencia.

Abstract

Bipolar disorder and dementia are a serious mental illness that cause significant struggles in the life of the person who suffers from them, which is why, in this case study we worked with an elderly person who was 71 years old at the time this case study was carried out, who through semi-structured interviews, clinical observation and application of psychometric reagents, was diagnosed with bipolar disorder, manic episode without psychotic symptoms, and dementia without specification. Therefore, by using Cognitive Behavioral Therapy techniques and establishing therapeutic objectives, such as reducing maniac symptomatology, strengthening cognitive abilities, and promoting social skills, we sought to optimize the patient's adaptability to daily life. Based on this, it was possible to comply positively with what was planned, and it was also verified through the application of pre-post intervention and follow-up instruments, a significant improvement in terms of symptoms and social adaptation of the user. This study highlights the importance of a comprehensive approach to the treatment of mental disorders in older adults.

Keywords: Elderly, Bipolar Disorder, Dementia.

Introducción

Los adultos mayores son considerados como individuos vulnerables socialmente debido a sus condiciones biológicas y sociales, además de la escasez de recursos económicos, personales, familiares y comunitarios. En este sentido, se evalúa que cerca del 25% de las personas mayores tienen un diagnóstico de alguna patología psiquiátrica o psicológica, por lo que necesitan cuidados para actividades de la vida diaria. Es por ello que, existen estudios que revelan que los trastornos más comunes en esta población están relacionados con demencia y depresión; sin embargo, también se abordan otros trastornos, aunque con menor prevalencia como el abuso de sustancias, ansiedad y trastornos psicóticos (Gázquez et al., 2008; Guerrero y Clara, 2015).

En cuanto al trastorno bipolar (TB), es una patología en el que el inicio habitualmente ocurre durante la etapa de la adolescencia tardía o edad adulta. Sin embargo, en muchas ocasiones los adultos mayores pueden adquirir la enfermedad, ya sea sin antecedentes previos o como consecuencia de manías secundarias por adquisición de medicamentos o diversas enfermedades. En este sentido, alrededor del 20% de los pacientes comienzan a experimentar síntomas pasados los 65 años, siendo los episodios depresivos la manifestación más común de la etapa inicial, seguidos por los episodios maníacos que se presentan en un 30% de los casos por encima de ese rango de edad. Asimismo, el TB requiere tratamiento de por vida, a pesar de que los síntomas puedan aparecer y desaparecer durante períodos de tiempo prolongados (Álvarez et al., 2009; Martínez et al., 2019).

Por lo tanto, el trastorno bipolar conocido antiguamente como trastorno “maníaco depresivo” o “depresión maníaca”, es una enfermedad que podría llegar a ser crónica o episódica. Presenta como rasgo principal una diversidad de cambios en el estado de ánimo, que puede ser muy intensa, además se caracteriza por episodios maníacos o depresivos que varían entre la felicidad, irritabilidad, tristeza o indiferencia. Es importante mencionar que, algunas personas exhiben episodios hipomaníacos que no son lo suficientemente incapacitantes para provocar un deterioro marcado en áreas sociales, laborales u hospitalizaciones (Instituto Nacional de la Salud Mental [NIH], 2022).

Cabe resaltar que, los episodios maníacos son aquellos que se caracterizan principalmente por períodos de energía alta con estados de ánimos anormal o irritable, que duran alrededor de una semana. Es frecuente que la persona presente síntomas tales como autoestima elevada, insomnio, locuacidad, pensamientos acelerados o comportamientos inadecuados que dificultan su estilo de vida. Además, la manía se subdivide en síndromes tales como la hipomanía, agitación motora, manía paranoide o delirante, y estados mixtos. En algunas ocasiones, pueden estar vigentes síntomas relacionados con la esquizofrenia, los cuales aparecen recurrentemente durante una psicosis (Moreno y Aldana, 2019).

Ahora bien, otro de los problemas que afectan esta población es el deterioro cognitivo es predominante en población adulta mayor y en el género femenino, asimismo está asociada con la edad y nivel de instrucción, en el cual se identifica decrecimiento de las funciones cognitivas, lo que genera actualmente una alta prevalencia de discapacidad mental impidiéndole desarrollarse funcionalmente en actividades de la vida diaria (Luna y Vargas, 2018; Zurique et al., 2019).

Por otra parte, el deterioro cognitivo mantiene una estrecha relación con el trastorno bipolar, debido a que se ha demostrado que tanto en los episodios depresivos como en los maníacos existen confluencias relacionadas a la fluidez del pensamiento, deficiencias en el aprendizaje, la memoria y atención, lo que implica una disminución significativa en el funcionamiento de los paciente bipolares, limitando su desempeño ejecutivo y psicosocial; a su vez, es importante destacar que las características clínicas como duración de la enfermedad, episodios maníacos anteriores, intentos de suicidio y hospitalizaciones, se asocian a un deterioro cognitivo mayor (López, 2011).

En consecuencia, Caballo (2007) resalta que es de vital importancia realizar tratamientos psicológicos para ayudar a los pacientes con trastorno bipolar, debido a que es una enfermedad de naturaleza progresiva que causa problemas preocupantes como el suicidio, pérdidas en la actividad social y de la capacidad de llevar una vida funcional y discordia familiar. Por lo tanto, se debe tener en cuenta que una terapia cognitivo-conductual (TCC) ayuda a disminuir el sufrimiento del usuario, mejora el funcionamiento psicosocial,

aumenta la adherencia al tratamiento y previene recaídas, por medio de la intervención temprana. Además, el terapeuta proporciona técnicas o estrategias de afrontamiento para que el paciente mantenga un estilo de vida sano y emplee medios efectivos para superar los problemas (Conchello, 2022; González et al., 2012).

En cuanto a la importancia del TCC para el deterioro cognitivo (DC), Franco et al. (2013) determinó que en la población adulto mayor, existe cada vez más necesidad de implementar métodos funcionales para evitar el declive de las funciones cognitivas, esto con la finalidad de mejorar el rendimiento mental y así poder mantener su funcionalidad y autonomía en áreas de la vida diaria, asimismo conduce a la reducción de hospitalizaciones o muerte. Por otra parte, López (2011) menciona que la relación entre TB y DC se debe a la frecuente asociación del deterioro funcional, en habilidades de aprendizaje, memoria y recuerdos de palabras, por lo que es esencial para contribuir al desarrollo de estrategias para el cuidado de la persona.

Es por ello que, de acuerdo con lo mencionado anteriormente, se abordarán tres capítulos esenciales en el presente estudio de caso. En el primer capítulo se presentará información referente al paciente, en donde se incluye la recolección de datos y la aplicación de instrumentos psicométricos, que permitieron determinar un diagnóstico. En el capítulo dos, se describirá el modelo de tratamiento e intervención integrando el planteamiento de objetivos y la aplicación de técnicas psicoterapeutas útiles para el mejoramiento de la paciente. Finalmente, en el último capítulo se presentarán los resultados, la discusión, las conclusiones y las recomendaciones, que se obtuvieron por medio del proceso terapéutico.

Para finalizar, es importante resaltar que el Trastorno Bipolar es una condición que requiere de un tratamiento multidisciplinario para poder llevarlo correctamente, es por ello que, a lo largo del caso se destaca la importancia del diagnóstico temprano, el impacto que generan los síntomas en la vida diaria y la necesidad de tratamientos psicológicos tales como la terapia cognitivo conductual. Este enfoque permitirá una mayor comprensión del proceso terapéutico y los resultados obtenidos. Una vez explicada esta fase, se espera que este

trabajo contribuya al conocimiento y manejo de la patología, beneficiando a los futuros profesionales de la salud y a los pacientes que enfrentan la enfermedad.

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.

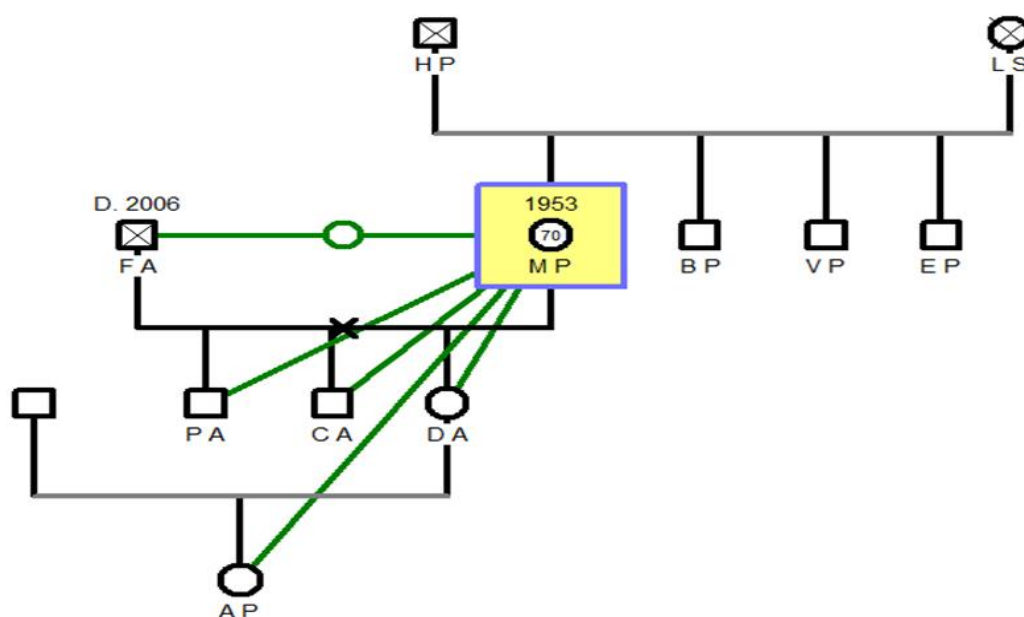
1.1.1 Identificación del paciente

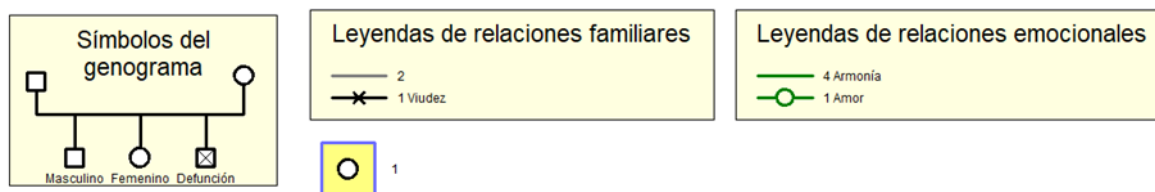
M.P es una mujer ecuatoriana de 71 años de edad; actualmente viuda, jubilada de la profesión de psicología infantil y madre de tres hijos. Debido a su nivel socioeconómico y sociocultural medio, pudo terminar su carrera estableciéndose laboralmente y por consecuencia manteniendo una posición cómoda. Muestra un amplio conocimiento en diversos ámbitos que, por cuestiones de edad se han ido disminuyendo progresivamente, por otro lado, demuestra gusto por la música y actividades recreativas.

A continuación, se presenta el genograma familiar de M.P:

Figura 1

Genograma Familiar de la Paciente





Nota. La figura muestra el genograma familiar en conjunto con la simbología de la paciente M.P.

En relación al contenido expuesto del genograma familiar, se identifica que la paciente no recuerda las edades de los miembros de la familia; además es importante destacar que la usuaria provenía de una familia nuclear, en la que residía junto a sus hijos y esposo. Posterior al fallecimiento de su marido, la separación de los hijos del hogar, y el envejecimiento de natural de la misma, pasó a vivir un periodo de tiempo en casa de su hija; sin embargo, se hizo evidente que presentaba conductas difíciles de manejar, por lo que fue ingresada en el centro de atención geriátrica. Cabe recalcar que, pese a los acontecimientos de su vida, aún conserva relaciones afectivas con los miembros de su familia, especialmente con su nieta, a quién tiene en gran estima y le sirve de motivación para cumplir sus actividades.

1.1.2 Motivo de consulta

Al momento de la entrevista, la paciente manifiesta que fue ingresada en el centro por sus hijos, expresando textualmente: “estaba malita cuando me trajeron aquí, porque me van a cuidar... aunque ahora ya estoy mucho mejor y me van a venir a ver; mi hija me va a traer muchos vestidos bordados y me van a llevar a festejar mi cumpleaños”.

Presenta un estado de euforia, fuga de ideas, ambivalencia afectiva e irritabilidad en algunas ocasiones, sin embargo, responde a todas las interrogantes durante la evaluación. En la entrevista se encuentra erguida, con vestimenta adecuada a su edad, buena higiene personal y colaboradora.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

M.P ingresó en el centro del adulto mayor a la edad de 68 años por recomendación psiquiátrica debido a que, hace 2 meses antes del internamiento fue diagnosticada con depresión establecida y trastorno bipolar tipo 1, además es importante mencionar que la

paciente presentaba un dictamen médico de hace aproximadamente 4 años con los siguientes antecedentes patológicos como síndrome cerebral orgánico crónico, hipotiroidismo, hipertensión y problemas de la circulación. Cabe recalcar que, se considera que existe un componente orgánico génico, ya que su hermano e hija han sido diagnosticados con trastornos similares. Sin eventos traumáticos, alergias o transfusiones.

De acuerdo a su historial médico, un mes después de su ingreso, la usuaria fue evaluada por el personal de psicología puesto que presentaba alteraciones del sueño, falta de apetito, inquietud motora, aislamiento social, fatiga, falta de energía, pérdida de interés, desesperanza, inutilidad, cambios de humor, irritabilidad y automutilación, motivo por el cual fue necesario realizar una intervención psicológica ya que manifestaba un episodio depresivo, asimismo; se realizó una evaluación con el psiquiatra, quién determinó enviar medicamentos apropiados al trastorno.

Durante aproximadamente dos años, la paciente fue valorada regularmente por el personal médico y psicológico para determinar si los síntomas depresivos habían disminuido, este proceso dio un resultado positivo, lo que determinó que se culminará exitosamente con el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, esto logró proporcionarle estabilidad por un tiempo significativo; sin embargo, durante este periodo se pudo observar que se mantuvo desorientada en persona, tiempo y espacio y podía únicamente conciliar el sueño a intervalos de tiempo corto.

Debido a lo ocurrido anteriormente, se determinó una evaluación psicológica ya que, hace tres meses se identificó que la paciente venía presentando síntomas como euforia exagerada, excitación, logorrea, irritabilidad, llanto fácil, risa maníaca e insomnio, además de que, gradualmente el cuadro fue empeorando puesto que empezó a mostrar problemas graves de conducta como sustraer objetos de otros usuarios y guárdalos como pertenencias personales, motivo por el cual, fue necesaria una revaloración con el psiquiatra, quién recetó Risperidona y Olanzapina.

A pesar de estas valoraciones, actualmente la usuaria mantiene la sintomatología, además de que se evidencia una disminución en las capacidades cognitivas, dado que le

cuesta retener información y presenta falta de concentración. Estos síntomas se presentaron, al menos cinco veces al mes, por alrededor de una hora.

1.2 Proceso de evaluación

La evaluación psicológica hace referencia a un proceso de identificación, selección, planteamiento de objetivos, intervención y reevaluación, es por ello que se establece como una disciplina científica que realiza exploración y análisis del comportamiento de las personas en determinadas áreas, apoyándose en la aplicación de instrumentos adecuados al posible trastorno (Aragón, 2019).

Para determinar la condición psicológica de la paciente fue necesario utilizar diversos métodos de exploración divididos en dos fases que son; sesiones de evaluación y aplicación de instrumentos psicométricos, además; se realizó un proceso de observación clínica permanentemente con la paciente para identificar ciertas conductas asociadas a su discurso y lenguaje corporal.

Para la primera fase, se llevaron a cabo dos entrevistas semiestructuras, las cuales tuvieron una duración aproximada de 1 hora cada una, este proceso estaba destinado a recolectar datos para la historia clínica e identificar por medio de la observación sintomatología presente en la paciente.

Seguidamente, dentro de la segunda fase, se realizó la aplicación de instrumentos psicométricos tales como Neuropsi, Mini Examen del Estado Mental, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Escala de Manías de Young, con una duración de unos 40 minutos por cada reactivo. Cabe recalcar que, todas las sesiones fueron revisadas y controladas por personal psicológico de la estancia de manera presencial, debido a que la paciente en ocasiones se mostraba irritable.

1.2.1 Entrevista con la paciente

La entrevista es una técnica muy utilizada en psicología que sirve para recoger información, dicho de otra forma, es una conversación entre dos o más personas con un objetivo a alcanzar, pueden existir componentes verbales o no verbales que deben ser

registrados y analizados para la evaluación, diagnóstico o intervención, asimismo, por medio de las preguntas se pueden corroborar aspectos tales como los deseos, pensamientos y apariencia de la persona (Bravo y Delgado, 2022; Perpiña et al., 2022).

A continuación, se especificará la modalidad usada con la paciente para el respectivo trabajo de evaluación. En primer lugar, fue necesario realizar un acercamiento terapéutico, debido a la necesidad de proporcionarle confianza y tranquilidad. Se mantuvo una conversación simple e informal, en la que fue necesaria la vigilancia del personal del centro ya que, se encontraba irritable y eufórica, además presentaba pensamiento circunstancial e hiperprosexia; sin embargo, fue posible realizar contención y proporcionar calma.

Para la primera entrevista y habiendo obtenido el contrato terapéutico, fue posible conseguir datos esenciales para la historia clínica, por medio de la indagación de la vida familiar y social de la usuaria. A pesar de contestar todas las preguntas, muestra pensamiento circunstancial y perseverativo, lo que retrasó el tiempo previsto para la recolección de datos.

En una segunda entrevista, la paciente se encontraba eufórica y mantenía acciones impulsivas que dificultaron el proceso; no obstante, se le pudo proporcionar material didáctico que la mantuvo en calma hasta dar por terminada la sesión. Fue imprescindible averiguar las causas de la presencia de su estado actual y se descubrió que ha presentado insomnio durante las últimas semanas.

1.2.2 Observación clínica

La observación clínica es el registro visual y verificable de lo que se procura llegar a conocer, se debe realizar de manera estructurada, coherente y objetiva, para posteriormente describirlo, analizarlo o explicarlo con base científica, al momento de poner en práctica esta técnica, no deben existir ideas preestablecidas, el sujeto observador tiene que mantener un rol pasivo en el que prestar atención es el foco principal (Campos y Lule, 2012; López et al., 2019).

Con base a esta información, el personal de psicología en conjunto con médicos, enfermeros y trabajadores sociales, realizaron una ficha de las conductas observables que

presentó la paciente durante las últimas semanas. Se pudieron encontrar comportamientos tales como, agitación motora, irritabilidad, fuga de ideas, cleptomanía y exhibicionismo.

Finalmente, este proceso de entrevista y observación clínica dio como resultado una serie de síntomas y signos que presenta de manera constante la paciente, entre los más importantes tenemos los siguientes: somnolencia, insomnio de conciliación, hiperprojesia, pensamiento circunstancial y perseverativo, taquipsiquia, euforia, afecto heboide, acciones impulsivas, por otro lado, se encuentra desorientada en tiempo y presenta problemas de memoria a corto plazo.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Se aplicaron los siguientes instrumentos psicométricos, con la finalidad de verificar un diagnóstico con base a los signos y síntomas observables durante las respectivas evaluaciones psicológicas. A continuación, se describirán las baterías utilizadas.

Test de Evaluación Neuropsicológica - Neuropsi, fue desarrollado por Ostrosky et al. (2012) el cual permite identificar procesos cognitivos de pacientes psiquiátricos, neurológicos y de otros indoles médicos. La prueba está constituida por reactivos cortos y de fácil aplicación, contiene 8 escalas con diferentes dominios tales como orientación, concentración, memoria, lenguaje, atención, funciones ejecutivas, lectura, cálculo y escritura. Si presenta una puntuación de 69 o menos, la alteración puede llegar a ser severa. En cuanto a la confiabilidad, a través del test-retest, arroja una puntuación de 0,89 a 0,95, posicionándola como altamente confiable, por otro lado, la validez del reactivo obtiene como puntaje un 95% de aciertos en población con diferentes trastornos. La aplicación es individual, con una duración de aproximadamente 40 a 60 minutos en población clínica (Marreros, 2020).

Mini Examen del Estado Mental, también conocido como Mini mental es un instrumento de evaluación neuropsicológica desarrollado por Folstein et al. (1975) que consta de 30 ítems divididos en 11 áreas cognitivas que son; orientación temporal y espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, repetición, lectura, comprensión, dibujo y escritura. Se emplea de forma individual en adultos o ancianos con sospecha de deterioro cognitivo, presenta un periodo de aplicación de aproximadamente 10 a 15 minutos, con un punto de corte de 30. En

cuanto a la fiabilidad, tiene coeficientes de test-retest de por lo menos 0,9; por otro lado, la validez del constructo mantiene buenos coeficientes que son superiores al 0,80 tanto para sensibilidad y especificidad (Planellas y Calderón, 2024).

Escala Depresión Geriátrica de Yesavage et al. (1988) fue desarrollada con la finalidad de conseguir un instrumento que pueda detectar síntomas relacionados con la depresión en adultos mayores, el reactivo psicológico es de aplicación individual y consta de 15 preguntas siendo las puntuaciones de 0 (ausencia depresiva) y 1 (presencia de depresión), tiene una duración aproximada de entre 10 a 15 minutos. En relación a la validez, está valorada en altos índices de sensibilidad 84% y especificidad (95%), lo que indica apropiada validez concurrente (Tartaglini et al., 2021).

Escala de Manías de Young et al. (1978) es un tipo de instrumento estructurado que sirve para evaluar la gravedad de síntomas maniacos, con administración hetero aplicada para población de adultos. Refleja 11 ítems, con 5 opciones de respuestas para cada uno, con un tiempo entre 10 a 30 minutos. Cada respuesta se puntúa de 0 a 4, salvo 4 ítems que puntúan el doble y califican irritabilidad, expresión verbal, trastornos formales del pensamiento y agresividad. No existen puntos de corte especificados, el rango de la escala es de 0 a 60. En cuanto a la fiabilidad muestra un 0,88 en consistencia interna y 0,76 en test-retest, por lo tanto, tiene buena validez interna y externa, siendo aceptado para una cuantificación de síntomas maniacos (García et al., 2020; Guerrero, 2022).

Tabla 1

Resultados cuantitativos de instrumentos psicométricos

Instrumentos	Resultado cuantitativo	Interpretación
Neuropsi	67	Alteración severa
Mini Examen del Estado Mental	18/30	Deterioro cognitivo
Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	0/15	Sin aparente depresión
Escala de manías de Young	33	Manía grave

Nota. Instrumentos psicométricos con resultados e interpretación.

En el resultado de la aplicación del Neuropsi, se obtuvo una puntuación de 67, que según el manual representa una clasificación de alteración severa. Al ser un instrumento que mide memoria, atención y funciones ejecutivas, y con base a los puntajes obtenidos, se determinó que la paciente presenta especial decrecimiento en el área de atención y funciones ejecutivas, con una puntuación normalizada de 45.

Por otro lado, tenemos la evaluación del Mini Examen del Estado Mental, en la que se puede observar que tiene problemas en áreas como atención y cálculo, memoria diferida, comprensión, escritura. Seguidamente, en cuanto a la calificación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage, se obtuvo un puntaje de 0, indicando que no hay aparente depresión, por lo que la paciente se encuentra anímicamente estable.

Finalmente, para la Escala de Manías de Young, obtuvo un puntaje de 33, se hace énfasis particularmente en euforia, hiperactividad, sueño, expresión verbal, curso del pensamiento y conciencia de la enfermedad, evidenciando manía grave.

1.3 Proceso diagnóstico

Posterior al proceso de evaluación que permitió identificar la problemática de la paciente y en conjunto con el uso de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2019), se pudo llevar a cabo un proceso diagnóstico en el que se incluyen el presuntivo, diferencial y definitivo.

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

Este es emitido por un médico o psicólogo cuando no existe suficiente evidencia para un trastorno definitivo y preciso, por lo que tiene carácter provisional y se tiene que confirmar. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), el término presuntivo se puede utilizar cuando hay una fundada suposición de que se cumplirán los criterios de un trastorno, sin embargo, al momento de establecer un diagnóstico no existe suficiente información para que sea definitivo.

Acto seguido, se mostrará una lista de posibles trastornos asociados a la sintomatología de la paciente que, si bien podían ser clasificados como diagnósticos definitivos, no cumplieron con todos los criterios necesarios, como se indicará posteriormente.

F20.0 Esquizofrenia paranoide

F31.1 Trastorno bipolar, episodio maníaco con síntomas psicóticos

F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío

F03.002 Demencia sin especificación

1.3.2 Diagnóstico diferencial

Es el proceso mediante el cual se hace una distinción entre la posible patología del paciente con otras similares con las que el profesional se puede llegar a confundir. Dicho de otra manera, es un procedimiento clínico deductivo en el que el profesional pone a prueba diversas hipótesis diagnósticas y se valora cuál de ellas es la que contiene mayor probabilidad de ser el trastorno definitivo (Laso, 2018).

A continuación, se presenta el diagnóstico diferencial de Esquizofrenia Paranoide y Demencia en la enfermedad de Alzheimer, las cuales fueron posibles patologías definitivas, sin embargo, se realizó una comparativa entre otros trastornos en los que se pudo determinar con los criterios un diagnóstico diferente.

Esquizofrenia paranoide: no existen ideas delirantes, paranoides o alucinaciones de ninguna índole perceptiva. En cuanto a los criterios generales de esquizofrenia podemos destacar que no cumple con ningún síntoma, síndrome o signo del apartado 1 que son; eco, ideas delirantes, voces alucinatorias. Mientras que del apartado 2, si bien cumple con dos criterios que son bloqueo del pensamiento o discurso incoherente y mutismo o excitación, no cumple en su totalidad los criterios de cada apartado, como neologismos, intercepción, conducta catatónica o síntomas negativos como una marcada apatía, pobreza del discurso y embotamiento. Por lo que se descarta esquizofrenia.

Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío: la usuaria cumple con las siguientes especificaciones; se inicia después de los 65 años, de progresión lenta y deterioro de la memoria como rasgo principal, sin embargo; a pesar de que entra en el rango de edad

establecida (71 años), existen pruebas en la historia clínica de un posible trastorno sistémico (hipotiroidismo), además en su historial médico no presenta repercusiones corticales como afasia, agnosia o apraxia, disminución de la motivación o conductas apáticas. Se descarta esta patología.

1.3.3 Diagnóstico definitivo

Según la APA (2014) es la afección que se establece como causa del ingreso del paciente, es decir es el foco de atención o de tratamiento para la asistencia del personal de salud, por lo que se debe tener la certeza de la condición al momento de establecer un diagnóstico.

A continuación, se presenta el trastorno definitivo de la paciente, el cual ha sido objeto de estudio y se he elegido en base a diversas pruebas que facilitaron la conclusión diagnóstica en este caso específico:

Trastorno bipolar, episodio maníaco sin síntomas psicóticos F31.1:

Se cumplen los criterios de trastorno bipolar tipo 1, en el cual existen dos o más episodios de humor y niveles de actividad alterados. El paciente está actualmente maníaco, sin delirios o alucinaciones durante el episodio. Ha padecido un episodio depresivo hace 1 año, en el que ha existido humor bajo, disminución de la energía y actividad. Estado de ánimo extremo con una duración de al menos una semana, en el caso de la paciente, lleva alrededor de 3 meses con sintomatología presente.

A. El episodio actual de la paciente sí cumple con los criterios de manía sin síntomas psicóticos, que se detallarán posteriormente.

B. Ha existido por lo menos otro episodio afectivo en el pasado, cumple este criterio debido a que presentaba antecedentes de un diagnóstico de trastorno depresivo (F32).

A continuación, se muestran los criterios de Manía sin síntomas psicóticos, que han estado presentes en la paciente desde hace aproximadamente 3 meses:

F30.1 Manía sin síntomas psicóticos

El humor de la paciente esta elevado sin relación a las circunstancias de la paciente, varía desde una jovialidad descuidada a una excitación casi incontrolable. Está presente un

exceso de actividad, logorrea y disminución del sueño. Muestra comportamientos imprudentes como cleptomanía. En algunos casos del episodio maníacos del humor es irritable.

A. Humor predominantemente exaltado o irritado, no es normal para el individuo. Se ha presentado el cambio del humor durante al menos 3 meses.

B. Han estado presentes tres de los siguientes signos, que interfieren en el funcionamiento normal de la vida diaria.

1. Aumento de la actividad

2. Aumento de la locuacidad

3. Fuga de ideas

4. Pérdida de inhibiciones sociales normales, que la han llevado a mantener comportamientos inapropiados, tales como cleptomanía.

5. Disminución de las necesidades del sueño, por los menos dos veces por semana, ha sido incapaz de conciliar el sueño.

6. No ha presentado autoestima exagerada o ideas de grandeza.

7. Presenta distraibilidad y cambios de planes o actividades.

8. Conducta imprudente, en este caso suele salir a lugares altos del centro del adulto mayor

9. Durante aproximadamente dos semanas tuvo un marcado aumento del vigor sexual.

C. Sin alucinaciones ni ideas delirantes.

D. No se atribuye al consumo de sustancias psicoactivas, ni a trastornos mentales orgánicos.

Demencia sin especificación F03:

Se usa únicamente si se cumplen los criterios generales de demencia (G1-G4). Estos serán explicados más adelante.

- Demencia senil sin especificación

A continuación, se especificarán los criterios generales con los que cumple la paciente en cuanto a demencia.

G1 Existen pruebas de la existencia de los siguientes síntomas

1. Deterioro de la memoria evidente en el aprendizaje de nueva información. Es necesario que se obtenga información de terceras personas, en este caso el personal del centro, además deben existir test neuropsicológicos, se evaluó de la siguiente forma:

Leve: el grado de pérdida en cuanto a la memoria ha sido suficiente para interferir en las actividades cotidianas, sin embargo, no es tan grave como para permitirle a la paciente llevar una vida independiente.

2. Se valora de la siguiente forma:

Leve: el déficit en cuanto a las capacidades cognoscitivas interfiere en los rendimientos de la vida diaria, pero no hace al individuo dependiente de los demás.

G2 Conciencia del entorno durante un periodo de tiempo suficientemente largo, que permita la inequívoca demostración de los síntomas (G1)

G3 Deterioro del control emocional, motivación o un cambio en el comportamiento social que se manifiesta

1. Labilidad emocional

2. Irritabilidad

3. Apatía

4. Embrutecimiento en el comportamiento social.

G4 Los síntomas de G1 deben haberse presentado por al menos seis meses.

Capítulo dos

Metodología

A continuación, se presentarán los objetivos terapéuticos de sesión y las técnicas cognitivo conductuales presentado y aplicado a la paciente M.P.

2.1 Tratamiento/Intervención

La intervención terapéutica se basó en la Terapia Cognitivo Conductual que, según Habigzang et al. (2019) es una estrategia psicoterapéutica estructurada, breve y enfocada en el presente, que tiene como objetivo cambiar conductas, pensamientos y sentimientos disfuncionales, además de centrarse en aspectos biológicos, emocionales, cognitivos y conductuales de las personas. Por otro lado, Valdivieso (2023) menciona que la TCC, sirve para la prevención de recaídas, mejora síntomas clínicos y aumenta la adherencia a la medicación. El plan psicoterapéutico fue desarrollado en 9 sesiones con una duración de 1 hora aproximadamente, alrededor de 1 vez por semana en modalidad presencial.

2.1.1 Objetivos terapéuticos

1. Disminuir la intensidad de los síntomas maníacos para facilitar el desarrollo normal de actividades cotidianas.
2. Fortalecer capacidades cognitivas de memoria, atención y funciones ejecutivas.
3. Promover comportamientos que beneficien el desarrollo social y participación activa en diversas actividades.

2.1.2 Plan de tratamiento/intervención

Tabla 2

Plan de Intervención Psicoterapéutico

Sesión	Objetivo terapéutico	Objetivo de sesión	Técnica/actividad	Observación
1	Disminuir la intensidad de los síntomas maníacos para facilitar	Proporcionar información al paciente acerca de su patología,	Psicoeducación	

-
- desarrollo normal de actividades cotidianas. intervención y tratamiento.
- 2 Disminuir la intensidad de los síntomas maníacos para facilitar el desarrollo normal de actividades cotidianas. Disminuir la velocidad de pensamientos y comportamientos. la Respiración Profunda
- 3 Disminuir la intensidad de los síntomas maníacos para facilitar el desarrollo normal de actividades cotidianas. Proveer al personal herramientas de aprendizaje respecto al trastorno bipolar, para el cuidado apropiado de la paciente. Psicoeducación personal **TAREAS:**
- Asignación de tareas graduales.
- 4 Disminuir la intensidad de los síntomas maníacos para facilitar el desarrollo normal de actividades cotidianas. Presentar de manera progresiva conductas de personas en un contexto adaptativo para que la persona pueda aprender formas de actuar por medio de la observación. Modelado
- 5 Disminuir la intensidad de los síntomas maníacos para facilitar el desarrollo normal de actividades cotidianas. Modificar conductas negativas a través de recompensas que permitan al Economía de fichas

- actividades cotidianas. paciente obtener un beneficio.
- 6 Fortalecer las capacidades cognitivas de memoria, atención y funciones ejecutivas. Estimular las capacidades cognitivas existentes, mantener el funcionamiento cognitivo. Ralentizar el deterioro cognitivo. las Estimulación cognitiva para el - Recuerdo serial de objetos - Descripción de una fotografía o dibujo. Se pidió al personal que aplicarán nuevamente las actividades en días posteriores.
- 7 Fortalecer las capacidades cognitivas de memoria, atención y funciones ejecutivas. Estimular las capacidades cognitivas existentes, mantener el funcionamiento cognitivo. Ralentizar el deterioro cognitivo. las Estimulación cognitiva: - Ordenar correctamente refranes, frases o palabras. - Realizar operaciones aritméticas mentalmente. Se solicitó al personal que aplicarán nuevamente las actividades en días posteriores.
- 8 Promover comportamientos que beneficien el desarrollo social y la participación activa en diversas actividades. Proporcionar información básica a personas desorientadas cognitivamente. Mejorar las habilidades sociales y estimular la comunicación evitando conductas no apropiadas. Orientación a la realidad Se dio indicaciones al personal acerca de la actividad para que reforzaran en los pacientes la orientación a la realidad.

9	Disminuir la intensidad de los síntomas maníacos para facilitar el desarrollo normal de actividades cotidianas.	Evaluar los avances obtenidos una vez realizado el proceso de evaluación.	Retest	Se aplicaron nuevamente los siguientes instrumentos psicométricos: - Neuropsi - Minimental - Escalas de manías de Young
10	Disminuir la intensidad de los síntomas maníacos para facilitar el desarrollo normal de actividades cotidianas.	Verificar que el paciente permanezca estable y que no exista sintomatología maníaca o cognitiva.	Seguimiento	Se aplicaron nuevamente los reactivos y se evidenció un cambio significativo de conducta en la paciente.

Nota. Técnicas terapéuticas de TCC

2.1.2.1 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico

Sesión 1

Psicoeducación

La psicoeducación se basa en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona al paciente o familiares información acerca del padecimiento de la persona, con la finalidad de generar un aprendizaje respecto a dificultades emocionales, comportamentales y las estrategias que se pueden implementar para la solución de estos problemas (Cuevas y Moreno, 2017). Es importante mencionar que, no solo hace referencia a la definición de un diagnóstico, sino que también busca discutir acerca de situaciones cotidianas en la vida diaria, usándola como una herramienta de cambio, ya que involucra procesos biológicos, cognitivos y sociales (Godoy et al., 2020).

Con base a lo mencionado anteriormente y en conjunto con el personal de psicología, fue necesario ajustar el material según las características, edad, nivel educativo y cultura de

la paciente. Por lo tanto, se plantearon temas relacionados con el significado, características, signos, síntomas y las consecuencias del trastorno bipolar, una vez realizado este proceso, se llevó a MP a un lugar en el que sintiera tranquila, relajada y segura.

El contenido de lo expuesto fue sencillo, por lo que fue posible involucrar activamente a la paciente, además se llevó a cabo una retroalimentación acerca de los comportamientos que ha venido presentando durante los últimos meses, resaltando las dificultades presentes en las actividades de la vida diaria. Posteriormente, se realizaron preguntas sencillas para medir la comprensión y retención de la información, de igual manera, se le permitió despejar cualquier duda que la aquejara o preocupara. Para esta parte de la sesión MP, quería saber si todo lo que estaba ocurriendo podía mejorar con el tiempo y lo que se haría a continuación, motivo por el cual se le explicó el proceso que se llevaría a cabo.

Logro de la sesión:

Se destaca que la paciente logró entender todo lo referente a su diagnóstico y tratamiento, además de involucrarse activamente en el mismo, se mostró colaborativa en todo momento, lo que indica mayor probabilidad de adherencia al tratamiento.

Sesión 2

Respiración profunda

Según Bueno y Barrientos (2021), la respiración profunda permite disminuir el estrés y ansiedad, además de oxigenar y purificar la sangre permitiendo mantener una buena salud física y mental. Es una técnica útil en situaciones en las que la persona presenta activación fisiológica y emocional. Se realiza de manera lenta, diafragmática y regular, por lo requiere de práctica constante. Es necesario que la persona que siente en un lugar cómodo, coloque una mano en el abdomen y otra en el pecho, de esta forma podrá darse cuenta de que, con cada inspiración el abdomen se eleva, y al espirar, vuelve a su posición original. La técnica tiene una duración aproximada de 5 minutos y se debe repetir dos o tres veces consecutivas (García et al., 2019).

Para el desarrollo de la sesión se llevó a la paciente a un lugar abierto y vacío donde pudiera observar el paisaje y sentirse en calma, dentro de este espacio se mantuvo una

conversación corta con MP acerca de su día y lo que le gusta hacer. Una vez que se pudo determinar que la usuaria se encontraba cómoda y se sentía segura, se le pidió que se sentara en una banca del lugar y se proporcionaron las respectivas indicaciones para la aplicación de la técnica. Una vez realizado este proceso, fue necesario mostrarle la posición correcta de las manos, pies y espalda, para de esta forma poder empezar con la respiración profunda. Lentamente, comenzó con la técnica, inhaló por la nariz durante 5 segundos, sostuvo la respiración durante 6 y la expulsó en 8 segundos, se repitió el ejercicio 5 veces consecutivas, logrando un estado completo de relajación.

Logro de la sesión:

Es importante mencionar que la paciente se mostró dispuesta a colaborar. Al momento de emplear la técnica, M.P siguió las instrucciones correctamente por lo que se logró mantener un estado de relajación fisiológica.

Sesión 3

Psicoeducación

Se identificó la necesidad de psico educar al personal médico del centro de adultos mayores debido a que, las posteriores técnicas de tratamientos requieren de atención diaria. Se preparó material educativo respecto al trastorno bipolar, episodios maníacos y deterioro cognitivo. Por medio de diapositivas se explicó los elementos básicos de esta problemática, identificando la falta de conocimiento respecto a los diferentes trastornos, sin embargo, realizaron preguntas variadas, interesándose especialmente en como poder actuar durante los episodios maníacos, debido a esto, se les dio actividades y guías prácticas para poder trabajar adecuadamente con ella. Cabe recalcar que, se pudo notar cierta resistencia por parte de algunos, que mencionaron que por su trabajo no podían estar al pendiente de M.P, argumentando que únicamente el personal psicológico debía encargarse especialmente de ella.

Se solicitó al personal del centro del adulto mayor que realizaran en conjunto con la paciente la asignación de tareas graduales que según Benito et al. (2019) consiste en que los pacientes lleven un ritmo paulatino de actividades, empezando con funciones simples y

objetivos sencillos que deseen alcanzar, seguidamente, esta irá subiendo de nivel progresivamente. Se envió estas tareas con el objetivo de que durante el día consiga realizar diversas asignaciones que le permitan mantener la mente y cuerpo ocupados, de esta forma, se buscaba conseguir que se cansara y pueda mantener el sueño durante la noche.

Logro de la sesión:

Fue posible proporcionar al personal las herramientas necesarias para el posterior cuidado de la paciente, de esta manera, una vez especificada la sintomatología, enfermeros y médico mostraron disponibilidad a ayudar con el programa establecido.

Sesión 4

Modelado

La técnica de modelado tiene como base la idea de que las personas aprenden nuevas conductas observando a otros, es por ello que, si al imitar comportamientos se obtiene una recompensa, incrementa su frecuencia y se expande a otras conductas adaptativas. Gran cantidad de conductas se aprenden, mantienen, extinguen por medio de la observación, cuando el observador aprende una conducta en base a un modelo, aprende también sus consecuencias. El proceso de la técnica consta de tres fases secuenciales tales como la exposición, el cual es obligatorio en la observación de la conducta de un modelo real o simbólico. El segundo paso de adquisición, implica asegurar que el observador adquiere la conducta del modelo, la retiene y la lleva a cabo. Finalmente, la aceptación, que requiere la ejecución de la conducta (Ruiz, et al., 2012).

Considerando el conocimiento previo en relación a las dificultades que presenta la paciente, se eligió el tipo de modelado que se utilizaría dentro de la sesión terapéutica, en este caso, el usuario sería un observador pasivo. De esta forma, se expuso a la persona a que aprenda pautas de acción, en donde se eligió principalmente música que suele escuchar, enfocándose principalmente en la observación de conducta de los artistas, de igual manera, se buscó que entendiera que las personas involucradas en los videos, no presentaban conductas desadaptativas.

Seguidamente, por medio del modelado in vivo, la conducta a aprender se la llevó en presencia del observador, por ejemplo, con ayuda de una de las cuidadoras del centro, se establecieron pautas desadaptativas como recoger basura del piso o sacar cosas de las habitaciones, mientras eso ocurría, enseguida la paciente tenía que observar las conductas correctas, como botar la basura o devolver las cosas, de esta manera se buscaba que la paciente sea expuesta al modelo que se busca llegar.

Adicional, se solicitó al personal médico que realizará la técnica en diferentes momentos del día, especialmente cuando puedan observar alguna conducta desadaptativa o, por el contrario, cuando saque cosas de las habitaciones, será necesario realizar una confrontación e indicarle por medio de un modelo como tiene que actuar.

Logro de la sesión:

Al final de sesión, se observó que la paciente mostraba disposición a escuchar y seguir las indicaciones brindadas. No presentó resistencia y atendió las instrucciones. Al realizar una retroalimentación acerca de las instrucciones, confirmó haber entendido el contenido de lo expuesto, y manifestó que pondría en práctica lo indicado. Se solicitó al personal médico y social, la continuidad de la actividad en días posteriores.

Sesión 5

Economía de Fichas

La economía de fichas es una técnica de modificación de conducta que se basa en reforzar positivamente por medio de fichas que se entregan a una persona cuando esta haya realizado una conducta apropiada, es importante establecer previamente y en conjunto con el paciente las conductas que se irán a modificar, para de esta forma lograr el objetivo deseado. Es por ello que, para que la técnica funcione se debe fijar el valor de intercambio, tanto de las fichas como de las conductas que serán premiadas, ya que adquieren su valor reforzante al momento de intercambiarlas por el refuerzo positivo, lo cuales pueden ser actividades, estímulos u objetos que sean satisfactorios para cada sujeto (Amador et al., 2020; González et al., 2022).

Para el desarrollo de la sesión, fue necesario realizar una tabla que indique las conductas a modificar, junto con las recompensas otorgadas a la usuaria como premio por cumplir con las actividades dispuestas.

A continuación, se explicó que al mantener conductas apropiadas dentro y fuera de la institución, recibiría una recompensa como se especificaba en la hoja, esto únicamente si ella cumplía con todas las actividades durante el día, por el contrario, si falla una, no recibiría recompensa alguna. Es importante mencionar que se le tuvo que explicar varias veces las actividades, ya que la paciente en un principio solo estaba interesada en los premios, produciendo una demora significativa en el proceso.

Posterior a ello, y una vez que se consiguió que entendiera de manera correcta la técnica, se dio instrucciones al personal del centro para que monitoreen el desempeño de MP, y puedan ayudar a que se cumplan los objetivos propuestos.

Logro de la sesión:

La paciente pareció entender las consignas dadas, y se mostró entusiasmada de recibir recompensas si cumplía con las actividades que se le indicó.

Una vez que concluyó la primera semana, se revisó junto con el personal, las consignas de la paciente, está en algunas ocasiones no había cumplido algunas actividades por lo que no recibió recompensa, a pesar de esto, gran parte de los días cumplía con todas las directrices. Para la segunda semana, la paciente dejó de realizar en su gran mayoría las actividades, y según personal del centro no tenía intención de continuar con el proceso.

Sesión 6

Estimulación Cognitiva: recuerdo serial de objetos y descripción de una fotografía o dibujo.

Es un proceso que tiene como objetivo el mantenimiento de capacidades cognitivas, ya que las personas con demencias mantienen cierta plasticidad cognitiva, la cual puede desarrollarse mediante un entrenamiento adecuado (Barrio et al., 2019). Por otro lado, Muñoz (2018) menciona que la estimulación cognitiva son un conjunto de técnicas que mejoran la eficacia del desempeño de las capacidades y las funciones cognoscitivas, tales como la

percepción, memoria, abstracción, lenguaje, entre otras; con el objetivo de mejorar la calidad de vida, potenciar la autoestima, mantener capacidades mentales, evitar reacciones perjudiciales, orientar a la persona a la realidad, entre otras.

En cuanto a las actividades, se llevaron a cabo el recuerdo serial de objetos y descripción de una fotografía, estas estrategias abarcan un grupo de operaciones cognitivas que ayudan en el manejo y mejora del rendimiento tanto de la memoria, atención y concentración, es por ello que se ha diseñado una planificación para el funcionamiento de estas áreas y así poder evitar fallas a la hora de codificar, almacenar y recuperar información, además ayuda al fortalecimiento de las capacidades cognitivas (Muñoz et al., 2009)

Se llevó a la paciente a un lugar libre de distractores, con la finalidad de mantener su concentración en todo momento durante la aplicación de las actividades. Inicialmente se otorgaron las instrucciones de los ejercicios y se procedió a realizarlos. Primero, se llevó a cabo el recuerdo serial de objetos, en el que se colocaron varios artículos de manera ordenada como llaves, esferos, anillo, y se le solicitó que los recordara de manera organizada; progresivamente se cambió el orden y la paciente fue ordenándolos según los recordaba, realizando la actividad sin mayores inconvenientes.

Para el segundo ejercicio, se presentó una imagen y la paciente detalló las características observadas, una vez finalizado, se retiró la imagen y se le pidió que mencionara todo lo que recordó de la imagen, de tal manera que, ejercitó su memoria al ir enumerando los particulares visualizados en la fotografía.

En cuanto a la tarea, fue necesario que el personal del centro emplease estos ejercicios en los días posteriores, para poder estimular cognitivamente las capacidades de la paciente.

Logro de la sesión:

La usuaria se encontraba relajada y tranquila, realizó todos los ejercicios y se mostró satisfecha con los resultados, unas horas más tarde se volvió a preguntar por algunas de las actividades y las mencionó sin problemas.

Sesión 7

Estimulación cognitiva

Primeramente, se llevó a la paciente a un lugar cómodo y tranquilo y se realizaron dos actividades denominadas, ordenar correctamente refranes, frases o palabras y resolver operaciones aritméticas mentalmente.

Para la primera asignación se tenía escrito en una hoja una serie de palabras en desorden, las cuales tenía que ordenar, en cuanto comenzó con el proceso, se pudo notar que presentaba cierta facilidad para detectar las palabras, pero conforme pasó a ejercicios más complejos pareció perder interés por la actividad y se negaba a continuar; sin embargo, pudo completarla con éxito.

Como M.P, se mostraba cansada y un poco reticente a seguir con los siguientes ejercicios, se le otorgó un momento de descanso. Una vez que la paciente volvió, se realizó la actividad de las operaciones matemáticas, en las que si bien tuvo alguna equivocación pudo finalizarla.

Logro de sesión:

A pesar de los problemas ocasionados debido al cansancio se logró que se concentrará y finalizará el trabajo, proporcionándole las herramientas necesarias para llevar a cabo su labor. La paciente se mostró colaboradora y alegre de poder culminar ambas actividades sin mayor inconveniente.

Sesión 8

Orientación a la realidad

Según Moreno y Martín (2022) la técnica de orientación a la realidad se basa en la toma de conciencia de las circunstancias individuales y la situación actual, tanto en tiempo como en espacio. Es por esto que es una técnica dirigida a reducir la desorientación derivada del deterioro cognitivo. Además, sirve como técnica para mejorar la calidad de vida de personas mayores que tienen un creciente estado de confusión, proporcionando mayor comprensión de aquello que lo rodea y una sensación de control que fortalece su autoestima.

Para el desarrollo de esta sesión, se reunió un pequeño grupo de 6 participantes, incluida la paciente. Se eligió un espacio adecuado y se les indicó el motivo por el que se

encontraban en el lugar. Luego, de manera individual, se les preguntó el lugar, la hora y sus nombres, con el objetivo de poder ubicarlos en tiempo, espacio y persona; en ciertos casos, se otorgó pistas para que contesten de manera correcta. Al finalizar la sesión, se realizaron otras actividades como ponerles música y preguntarles el nombre de la canción, con la finalidad de que pudieran recordar y hacer trabajar su memoria.

Logro de la sesión

Los pacientes, se mostraron felices por hacer actividades diferentes a las que hacían en el centro, diciendo que les permitió recordar viejos tiempos y además de la satisfacción de poder compartir un momento de despeje personal.

Capítulo tres

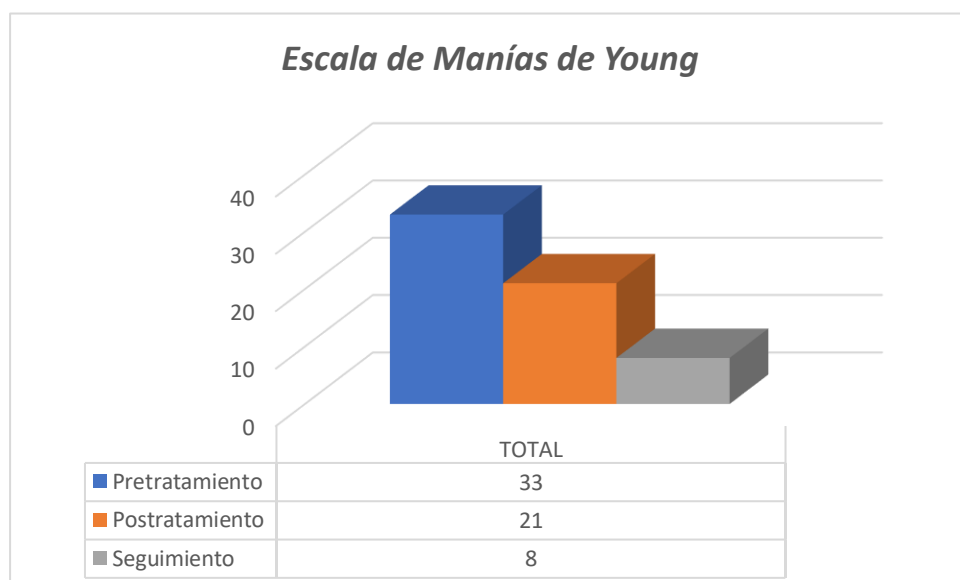
Resultados

3.1 Análisis de resultados cuantitativos

A continuación, se realizará un análisis de los instrumentos aplicados, en pretratamiento, postratamiento y seguimiento poder evaluar si se presentan cambios significativos y si presentó éxito en cuanto al tratamiento psicoterapéutico aplicado.

Figura 2

Resultados de la Escala de Manías de Young

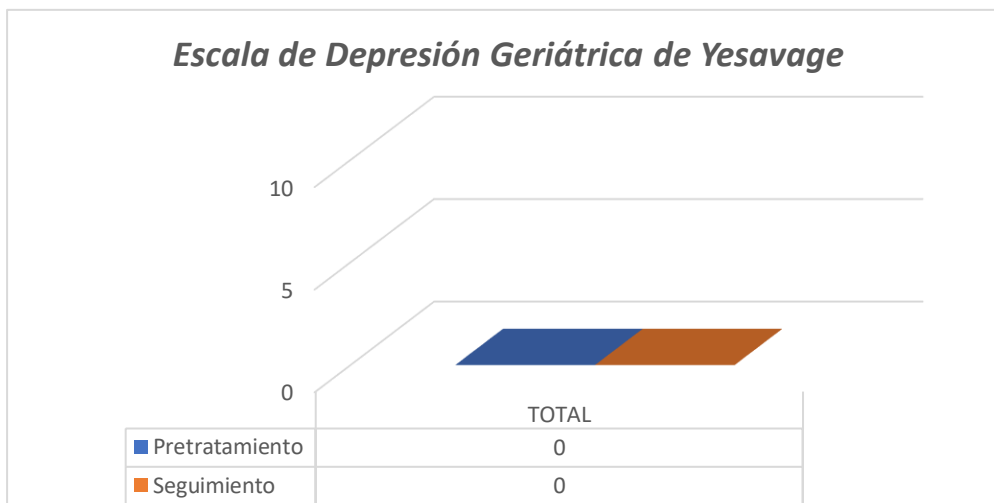


Nota. Resultados pre, post intervención y de seguimiento.

En la figura 2 se presentan los resultados obtenidos para la Escala de Manías de Young. Al comienzo, la paciente mostraba un aumento significativo de sintomatología maníaca, lo que le impedía el desarrollo normal en actividades de la vida diaria. Posterior al tratamiento, se evidencia una disminución notable tanto en postratamiento como seguimiento.

Figura 3

Resultados de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

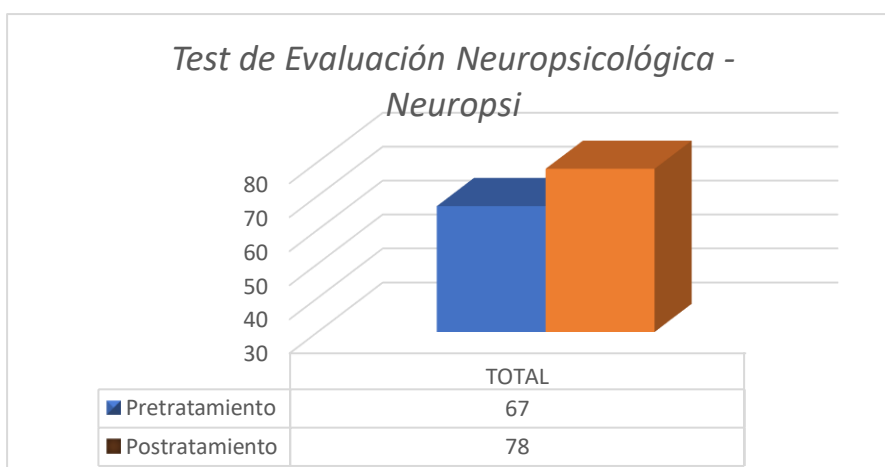


Nota. Resultados pre tratamiento y seguimiento.

En la figura 3 se muestran los resultados obtenidos en cuanto a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Al principio fue necesario realizar una evaluación a la paciente para determinar si presentaba episodios depresivos, sin embargo; se pudo obtener que no exhibía cambios significativos en su estado de ánimo. A pesar de ello, se aplicó la escala en una sesión de seguimiento para evaluar si M.P se encontraba estable emocionalmente durante el tiempo posterior al tratamiento.

Figura 4

Resultados del Test de Evaluación Neuropsicológica – Neuropsi

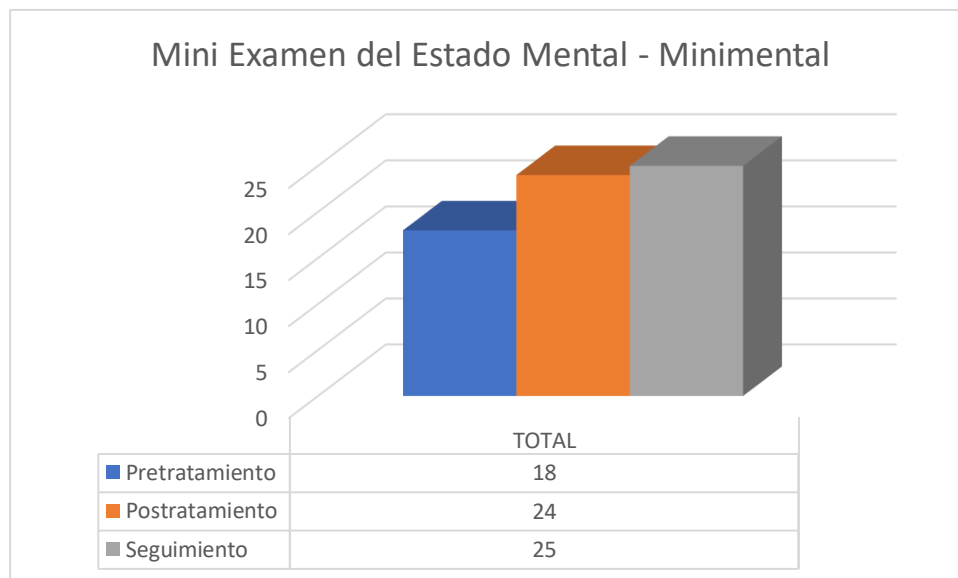


Nota. Resultados pre y post tratamiento del Neuropsi

En la figura 4 se presentan los resultados de los instrumentos aplicados al usuario antes y después del tratamiento. Al principio, es evidente que existe un caso significativo de alteración severa, sin embargo; posterior a la intervención, se evidencia un cambio positivo debido a que aumentó algunas funciones mentales como atención y memoria.

Figura 5

Resultados del Mini Examen del Estado Mental – Mini-mental



Nota. Resultados pre, post intervención y de seguimiento.

Finalmente, en la figura 5, se presentan los resultados obtenidos antes y después de la aplicación de instrumentos psicométricos; asimismo, se muestra en una sesión de seguimiento los avances alcanzados por la paciente luego de dos meses de haber concluido el tratamiento psicoterapéutico. Al comienzo se evidencia que la paciente presenta un deterioro cognitivo significativo debido al bajo puntaje en la evaluación, no obstante, una vez aplicadas la técnica se puede observar que existen un aumento en áreas cognitivas como orientación, atención y memoria. Por otro lado, se demuestra que mantiene las funciones cognitivas hasta la actualidad.

3.2 Análisis de resultados cualitativos

El presente caso clínico se basó en la entrevista y observación para analizar las problemáticas de la paciente, en las que inicialmente presentaba aumento de actividad, inquietud física, aumento de locuacidad, fuga de ideas, pérdida de las inhibiciones sociales

normales, distraibilidad, conductas imprudentes, irritabilidad, mientras que posteriormente en el proceso se evidenció una marcada disminución de agitación psicomotora, se encuentra en estado de reposo y comodidad, se eliminaron conductas inapropiadas como cleptomanía, se muestra enfocada y concentrada, además de ser capaz mantener sus pensamientos sin dificultad, asimismo la paciente refiere que se ha estado tranquila y ha sentido un cambio en cuanto a sus sentimientos y emociones.

Discusión

El presente estudio de caso se realizó en una paciente femenina de 71 años de edad, residente de un centro de adultos mayores de la ciudad de Loja. A través de un proceso de evaluación que consistió en el desarrollo de historia clínica, entrevistas semiestructuradas, observación clínica y la aplicación de instrumentos psicométricos se llegó al diagnóstico de Trastorno Bipolar, actualmente con Episodio Maníaco sin Síntomas Psicóticos y Demencia sin especificación. Por consiguiente, se aplicaron técnicas psicoterapéuticas del modelo Cognitivo Conductual, que requirieron objetivos terapéuticos en función de disminuir síntomas maníacos, reforzar capacidades cognitivas y adquirir habilidades sociales estables, que le permitan mejorar su calidad de vida.

El principal hallazgo encontrado se basa en un estudio realizado por Ye et al. (2016) en una muestra de 520 pacientes con trastorno bipolar. De esta forma, se aplicó la Escala de Manías de Young (YMRS) como instrumento para la detección de manías, demostrando una eficacia significativa para medir y evidenciar resultados de mejora en la gravedad de la sintomatología después del tratamiento. De manera similar, y en conformidad con lo mencionado por el autor, se utilizó la YMRS, lo que permitió no solo detectar síntomas iniciales, sino también evaluar la eficacia del tratamiento psicoterapéutico. Los resultados mostraron una reducción en la sintomatología maníaca, lo que corrobora la utilidad del instrumento tanto en la evaluación como en el seguimiento.

Además, es importante mencionar que en otro estudio realizado por Sajatovic y Chen (2012) se llevó a cabo una evaluación en personas mayores que presentan trastorno bipolar,

por lo que se emplearon instrumentos psicométricos como Mini-Mental y Mattis Dementia Rating, arrojando resultados en los que existe una notable disminución en el desempeño cognitivo de los adultos mayores, como influencia de la patología. Del mismo modo, aplicando el primer instrumento utilizado por el autor, se determinó que la paciente presenta deterioro cognitivo en las áreas de memoria, atención y concentración, sugiriendo de esta forma una relación con el trastorno de bipolaridad. Otros autores respaldan estos resultados al afirmar que la patología incrementa el riesgo de demencia en fases tardías de la vida, comparándolos con grupos que no pertenecen a una muestra clínica (Benedetti et al., 2008).

Por otro lado, una vez realizado el proceso de evaluación, fue necesario utilizar el manual CIE-10 para comparar la sintomatología, lo que permitió diagnosticar Trastorno Bipolar, con episodio maníaco (F31.1). Este diagnóstico se corroboró al detectar antecedentes de haber presentado un trastorno depresivo en su historial médico, confirmando que la presencia de episodios depresivos previos sirve para diagnosticar un trastorno bipolar. De modo parecido, Watkin y Livingston (2006) encontraron que, para diagnosticar trastorno bipolar en adultos mayores, la presencia de un primer episodio maníaco no es suficiente si antes no ha presentado un episodio depresivo. Además, su estudio menciona la necesidad de realizar pruebas que descarten una enfermedad médica o la presencia de un factor genético.

Es por ello que, Beyer et al. (2008) afirma que más allá de lesiones neurológicas en las personas, la genética es una causa detonante en usuarios con TB geriátrico, en los que existe una prevalencia significativa en familiares de primer grado, asimismo, menciona que los acontecimientos negativos de la vida, como pérdidas o traumas en edad temprana aumentan la susceptibilidad al trastorno. Pero contrario al caso presentado, se desconocen que hayan existido lesiones orgánicas que contribuyan a la enfermedad, sin embargo, se cree que puede estar relacionada a factores genéticos debido a la presencia de patologías similares en familiares cercanos a la paciente.

Además de las comorbilidades relacionadas con los factores genéticos, Martínez et al. (2019) afirma que pueden existir relaciones medicas tales como hipotiroidismo, úlcera

péptica, enfermedades asociadas a un riesgo cardiovascular, hipertiroidismo y tumores asociadas al trastorno, lo que puede tener una conexión con la paciente, debido a que en su historial médico se evidenció algunas de estas afecciones que, como indica el autor es posible que estén relacionadas al trastorno bipolar y deterioro cognitivo.

Cabe destacar que, en un estudio se determinó que el trastorno bipolar geriátrico se particulariza por una mayor frecuencia de episodios maníacos inicialmente, el tiempo en el que aparecen los incidentes es menor, y además se pueden observar síntomas cognitivos, confusionales, alteraciones en el comportamiento, irritabilidad y de ciclaje rápido, por otro lado, en cuanto a los delirios de grandeza determina que son menos frecuentes (Lucero y Casali, 2006; Sánchez y Castelló, 2001). Este resultado concuerda con lo que se halló, debido a que la paciente presentó síntomas similares durante un periodo de tiempo corto, en el que hubo síntomas relacionados a lo cognitivo y social, a su vez; se identificó que no existían delirios de grandeza durante el periodo de evaluación.

Otras similitudes encontradas fueron las relacionadas con la dificultad de mantenerse en el tema central de la conversación, además de la frecuencia en presentar fuga de ideas, en cuanto al lenguaje se evidencia logorrea. Este resultado se alinea con un estudio en el que la presencia de estos comportamientos refleja una intensidad amplia que muestra la persona, además de una confianza excesiva en sí mismo, asimismo señala que es un indicador clave de en las personas de mayor edad con trastorno bipolar, son más comunes las manías secundarias (Monczor, 2010; Sousa, 2012).

Esto evidencia la eficacia obtenida del tratamiento cognitivo conductual (TCC) en el que es evidente una mejoría en la paciente, por medio de la aplicación de diversas técnicas psicoterapéuticas. De igual manera, Valdiviezo (2021) menciona que en la mayoría de los estudios realizados coinciden en el hecho de que la TCC, es de utilidad para la intervención del trastorno bipolar, además en un estudio se mostró que un 58% de los pacientes con TB I y II se recuperaron, sin embargo, la mitad de ellos sufrieron una recaída en los años posteriores.

Por otro lado, tenemos la presencia de una técnica muy utilizada en personas que padecen Trastorno Bipolar, es así que, en un estudio realizado por Colom et al. (2003) en un grupo de 120 pacientes que cumplen con los criterios del DSM-V, con edades de entre 18 y 65 años, se llevó a cabo un programa psicoeducativo destinado a cuatro cuestiones principales que son: conciencia de la enfermedad, cumplimiento del tratamiento, detección de síntomas y regular el estilo de vida, en cuanto a los resultados, nos muestran un efecto sólido de la psicoeducación en la prevención de episodios maníacos futuros. Este resultado concuerda con el caso clínico, debido a que se estimó la importancia de psicoeducar al paciente y al personal de la estancia para tener mejor adherencia al tratamiento, lo cual resultó altamente positivo.

Referente a la calidad de vida y menor discapacidad social, se determinó que la paciente del centro de adultos mayores, presentaba una dinámica social más abierta y adecuada a su contexto, disminuyendo conductas inapropiadas; como sacar objetos personales de los usuarios, lo que le permite llevar una mejor relación y estilo de vida dentro del centro. De igual manera, Gutiérrez et al. (2008) concuerdan en que el grado de satisfacción vital en paciente con TB, se incrementa si se tiene apoyo social, siendo un indicador de buena salud y prosperidad.

En cuanto a la tasa de recaídas, se realizó un estudio en dos grupos focalizados 6 meses después del tratamiento. En el primero se enfocaron en síntomas maníacos y en el segundo los síntomas principales estaban relacionados con el insomnio. Los resultados mostraron que el primer grupo experimentó una recurrencia en cuanto a la manía que llegó a ser significativamente menor en relación al segundo grupo, que tuvieron tasas ligeramente más altas en el seguimiento, mostrando sueño y deterioro funcional (Harvey et al., 2015). Sin embargo, a pesar de que los resultados del caso concuerdan con la disminución de los síntomas maníacos, del mismo modo difieren en que la paciente sí logró aumentar su ciclo del sueño, permitiéndole ser más activa durante el día. A pesar de los resultados, queda la variable a estudiar del tiempo, ya que en ambos estudios hay una diferencia significativa.

Finalmente, López (2023) menciona la importancia del rol del cuidador en personas que padecen alguna patología que disminuye la calidad de vida del portador, implica que la familia o persona a cargo, debe estar altamente comprometida a ayudar al paciente en sus cuidados necesarios o bien en el cumplimiento de tareas para disminuir sintomatología. Sin embargo, para el caso desarrollado, se hizo evidente la falta de colaboración por parte de los cuidadores, lo que generó un impedimento en la evolución de la intervención, entorpeciendo el proceso que se llevaba a cabo en el momento.

Conclusiones

En conclusión, la ejecución de la evaluación diagnóstica, que incluyó entrevistas psicológicas, observación clínica y la aplicación de instrumentos validados, permitió corroborar un diagnóstico de Trastorno Bipolar con episodio maníaco sin síntomas psicóticos y demencia sin especificación en la paciente, lo que permitió poder desarrollar un tratamiento adecuado a la problemática para generar en ella una mayor adaptabilidad social.

Se determina que, en cuanto a la sintomatología observada, que incluía irritabilidad, euforia, excitación, logorrea, risa maníaca e insomnio, además de los síntomas relacionados con el deterioro cognitivo como disminución de la capacidad de atención, concentración y funciones psicomotoras, resultó en una notable inadaptabilidad social y un estilo de vida deficiente. Cabe recalcar que, esos síntomas y signos influyen negativamente en el bienestar emocional de los pacientes, por lo que la falta de un tratamiento adecuado podría incrementar estos problemas, generando a un deterioro progresivo de la salud mental.

Por otro lado, se determinó que las técnicas psicoterapéuticas del enfoque cognitivo-conductual, resultan eficaces en el tratamiento de pacientes con trastorno bipolar, debido a que no solo disminuyen notoriamente síntomas relacionados con la manía, sino que también mejoran el desempeño social, eliminan conductas cleptómanas, mejoran la calidad del sueño y, además, disminuyen el lenguaje logorreico y la fuga de ideas.

Recomendaciones

Se recomienda que, en el proceso de evaluación en cuanto a la entrevista psicológica, se tomen en cuenta materiales de apoyo para la paciente y fichas de observación para el terapeuta, en casos en los que se tenga conocimiento de un posible diagnóstico de trastorno bipolar, con el fin de evitar posibles distracciones con cualquier objeto que escape del control del profesional, de esta forma se puede asegurar un trabajo más preciso y eficiente en el proceso.

Cabe recalcar que, las fichas de observación permiten al evaluador obtener datos más precisos de la sintomatología de la paciente, además es importante que se realice una evaluación exhaustiva de otros instrumentos psicométricos para comprobar el diagnóstico de trastorno bipolar y demencia, especialmente aquellos que den información más detallada en cuanto a la presencia de síntomas. Esto se realizará con la finalidad de tener una visión más completa del cuadro clínico, de esta manera se puede obtener mayor precisión para el tratamiento.

Se sugiere que se amplíe la revisión en cuanto a técnicas terapéuticas utilizadas para el tratamiento de las patologías, incluyendo además estrategias provenientes de otras corrientes terapéuticas diferentes a la terapia cognitivo-conductual, esto puede incluir terapias interpersonales, familiares, mindfulness, ya que se ha demostrado que resultan beneficiosas para el manejo de síntomas bipolares y cognitivos; asimismo, le ofrece al paciente más recursos para enfrentar dificultades y mejorar la calidad de vida.

Referencias

- Álvarez, J., Aguera, L. y Marín, M. (2009). Abordaje terapéutico del trastorno bipolar en ancianos: tratamientos específicos y características especiales. *Revista de psiquiatría*, 1(2), 115-125. <https://bit.ly/4eAr8jL>
- Amador, J., González, V. y Luna, P. (2020). Incremento en la entrega de tareas escolares por medio de la economía de fichas grupal. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 6(2). <https://bit.ly/4ccSWZfRuiz>
- Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Uned y Desclee. <https://bit.ly/4cj9e37>
- Aragón Borja, L. (2019). Evaluación psicológica. UNAM-RETo: Recursos Educativos para todos. <https://bit.ly/4coBdyD>
- Barrio, E., González, S., Pérez, M. y Pérez, L. (2019). *Programa de estimulación para personas con Alzheimer*. CEAFA. <https://bit.ly/3Rm0FfO>
- Bravo, W. y Delgado, B. (2022). Selección de personal: Relevancia de las entrevistas vs las pruebas psicológicas. *Revista Publicando*, 9(34), 41-56. <https://bit.ly/3wkdPCz>
- Benedetti, A., Scarpellini, P., Casamassima, F., Lattanzi, L., Liberti, M., Musetti, L. & Battista, G. (2008). Bipolar disorder in late life: clinical characteristics in a sample of older adults admitted for manic episode. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 4(22). <https://bit.ly/3zeRPtW>
- Bueno, M. y Barrientos, S. (2021). Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia COVID en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Elsevier*, 31(1), 35-39. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006>
- Caballo, V. (2007). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. *Siglo*, 1(15). <https://bit.ly/3wNq6Qs>
- Campos, G. y Lule, N. (2012). La observación, un método para el estudio de la realidad. *Revista Xihmai*, 7(13), 45-60. <https://adobe.ly/3UKTS1a>

- Cebollero, M. y Guárdia, J. (2002). Indicadores epidemiológicos descriptivos para el estudio de trastornos que cursan con recaídas. *Psicothema*, 14(1), 63-70. <https://bit.ly/3L8MWVT>
- Colom, F., Vieta, E., Martínez, A., Reinares, M., Goikolea, J., Benabarre, A., Torrent, C., Comes, M., Corbella, B., Parramon, G. & Corominas, J. (2022). A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease is in Remission. *Arch Gen Psychiatry*, 60(4), 402-407. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.60.4.402>
- Conchello, L. (2022). *Trastornos afectivos en personas mayores*. [Tesis de grado, Universidad Zaragoza] Archivo digital. <https://bit.ly/3X5FSkd>
- Cuevas, J. y Moreno, N. (2017). Psicoeducación: Intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Elsevier*, 5(3). <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>
- Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T. y Moreno, L. (2003). Estimulación psico cognoscitiva en las demencias. *Scientific Electronic Library Online*, 26(3). <https://bit.ly/4cdWJ8W>
- Franco, M., Parra, E., González, F., Bernate, M. y Solis, A. (2013). Influencia del ejercicio físico en la prevención del deterioro cognitivo en las personas mayores: revisión sistemática. *Unidad de Salud Mental*, 2(56), 45-54. <https://bit.ly/3VmHbdl>
- Gago, B. (2020), *Influencia de los episodios afectivos bipolares en el procesamiento emocional; sesgos atencionales, respuesta a la frustración y juicios morales*. [Tesis doctoral, Universidad de Valencia] Archivo digital. <https://bit.ly/3wm5ezk>
- García, E., Fusté, A. y Bados, A. (2019). Manual de entrenamiento en respiración. *Universidad de Barcelona*. <https://bit.ly/3Rp4ukq>
- 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 La Condes*, 31(2). <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>

- González, A., López, A., Martínez, A., Santillán, M. y Bernal, S. (2022). Uso de la técnica de economía de fichas para incrementar conductas de tratamiento en adultos mayores con sarcopenia. *Scientific Electronic Library Online*, 40(3). <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082022000300307>
- González, M. (2023). *Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada*. Editorial Universidad Pontificia Bolivariana. <https://bit.ly/3QWgb1O>
- González, S., Artal, J., Gómez, E., Caballero, P., Mayoral, J., Moreno, T., Álvarez, M., Gook, S., Villacorta, M., Higuera, A. & Vázquez, J. (2012). Early Intervention in Bipolar Disorder: The Jano Program at Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(2). <https://bit.ly/4cllfzj>
- Guerrero, L. (2022). *Concentración de citocinas séricas en paciente con trastorno bipolar en manía, antes y después de respuesta a tratamiento* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de San Luis Potosí] Archivo digital. <https://bit.ly/3QUQgYn>
- Gutiérrez, L., Gurpegui, M., Ayuso, J., Gutiérrez, J., Ruiz, M. & Jurado, D. (2008). Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. *Bipolar Disord*, 10(5), 625-34. <https://bit.ly/4buQjBC>
- Habigzang, L., Ferreira, M. y Zamagna, L. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2). <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882>
- Harvey, A., Soehner, A., Kaplan, K., Hein, K., Lee, J., Kanady, J., Li, D., Rabe, S., Ketter, T., Neylan, T. & Buysse, D. (2015). Treating insomnia improves mood state, sleep, and functioning in bipolar disorder: a pilot randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 83(3), 564-77. <https://bit.ly/3VZYElI>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2022). Trastorno Bipolar. <https://bit.ly/3yAjmWs>
- Tartaglino, M., Hermida, P., Ofman, S., Feldberg, C. y Freiberg, A. (2021). Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage: Análisis de su estructura interna en adultos

- mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Revista psicología, conocimiento y sociedad*, 11(2), 99-121. <http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v11.n2.5>
- Livingston, G., Watkin, V. & Manela, M. (2010). Quality of life in older people. *Aging and Mental Health*, 2(1),20-23. <https://bit.ly/3xBr2HM>
- López, J., Báez, M., Marín, M. y Aguera, L. (2021). Trastorno Bipolar Geriátrico. *Cuadernos de salud mental*, 12(21). <https://adobe.ly/3XZW9b5>
- López, A., Benítez, X., Leon, M., Maji, P., Dominguez, D. y Baez, D. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2). <https://bit.ly/4dp11LQ>
- López, C. (2011). *Trastorno Bipolar y Deterioro Cognitivo* [Tesis de Posgrado, Universidad Nacional de la Plata, Facultad de ciencias médicas]. <https://bit.ly/4czxHRy>
- López, F. (2023). Aspectos psicológicos de la Asunción del rol de cuidador por parte de familiar de personas con diagnóstico de Alzheimer. [Tesis de grado, Universidad de la República Uruguay]. Archivo digital. <https://bit.ly/4dZ82U9>
- Lucero, R. y Casali. (2006). Trastornos afectivos en el adulto mayor. *Revista psiquiátrica uruguaya*, 70(2), 151-166. <https://bit.ly/3KwHpIN>
- Luna, Y. y Vargas, H. (2018). Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencias en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(1). <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3269>
- Marreros, J. (2020). *Propiedades psicométricas del test de evaluación neuropsicológica – Neuropsi* [Tesis de grado, Universidad Científica del Sur]. Archivo digital. <https://bit.ly/3WsF099>
- Martínez, O., Montalván, O. y Betancourt, Y. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista Médica Electrónica*, 41(2).
- Moreno, L. y Aldana, L. (2019). Trastornos del humor: episodio maníaco. *Tratado de psiquiatría*, 270-405. <https://bit.ly/4bheCCQ>
- Moreno, V. (2021). *Mantenimiento y mejora de las actividades diarias de personas dependientes en instituciones*. IC Editorial. <https://bit.ly/3xfJZQb>

- Moreno, V. y Martín, R. (2022). Apoyo a las gestiones cotidianas de las personas dependientes. IC Editorial. <https://bit.ly/3VANXvX>
- Muñoz, D. (2018). La estimulación cognitiva como estrategia para la atención psicogerontológica a los adultos mayores con demencia. *Revista cubana de Salud Pública*. 44(3). <https://bit.ly/4czXkSm>
- Planellas, I. y Calderón, C. (2024). *Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. <https://bit.ly/3QtStcQ>
- Perpiñá, C., Pascual, L., Gallardo, L., Carrió, C., Belloch, A., Barrasa, Á. y Castro, Á. (2022). *Manual de la entrevista psicológica*. Comercial Grupo ANAYA, SA. <https://bit.ly/3Quj5dD>
- Sajatovic, M. y Chen, P. (2012). Trastorno bipolar geriátrico. *Elsevier*, 19(3), 76-83. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2012.06.004>
- Sousa, L. (2010). Diagnóstico Diferencial entre Demencia Frontotemporal y Trastorno Bipolar de Inicio Tardío. *Colmed*, 21(45), 1-23.
- Valdivieso, G. (2023). Efficacy of cognitive behavioural therapy for bipolar disorder: A systematic review. *Revista colombiana de psiquiatría*, 52(3), 213-224. <https://bit.ly/3USAPIE>
- Ye, B., Jiang, Z., Li, X., Cao, B., Cao, L., Lin, Y., Xu, G. & Miao, G. (2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in treating bipolar disorder: An updated meta-analysis with randomized controlled trials. *Psychiatry Clin Neurosci*, 70(8), 351-61. <http://dx.org/10.1111/pcn.12399>
- Zurique, C., Oswaldo, M., Zurique, M., Camacho, P., Sánchez, M., Hernández, S., Velásquez, K. y Ustate, A. (2019). Prevalencia de demencia en adultos mayores de América Latina: revisión sistemática. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 54(6), 346-355. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.12.007>