

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA

PROYECTO MPS

TEMA:

PROYECTO FINAL

ELABORADO POR:

REYES NARANJO JONATAN

DOCENTE:

Mg. Natalia Vizcaino

21 – Julio – 2024

Impacto psicológico de la viudez en la tercera edad en el contexto rural del Ecuador: Un estudio de caso

Palabras clave: viudez, tercera edad, salud mental, duelo.

Objetivo:

Analizar el impacto emocional de la viudez en una persona de 79 años de edad en un entorno rural de Ecuador a través de un estudio de caso.

Problemática de salud mental en la actualidad:

En Ecuador, las barreras en el acceso a servicios de salud mental en áreas rurales y el envejecimiento de la población complican aún más la situación. Las personas de la tercera edad, particularmente en contextos rurales, son vulnerables a problemas de salud mental relacionados con el duelo, la soledad y enfermedades crónicas. La estigmatización y la falta de sensibilización agravan la problemática, subrayando la necesidad de intervenciones culturalmente adecuadas y específicas para estas comunidades.

Justificación Teórica:

El presente estudio de caso busca contribuir a la investigación en psicoterapia, centrándose en comprender el impacto emocional asociado a la viudez en la vejez en un contexto rural de Ecuador y la importancia de su abordaje.

En América Latina, aproximadamente el 65% de las personas mayores viven en áreas rurales con acceso limitado a servicios de salud mental y redes de apoyo social menos desarrolladas (OPS, 2022). En Ecuador, esta situación es similar, ya que solo el 32% de las personas mayores en áreas rurales reciben atención médica regular, en comparación con el 65% en áreas urbanas (INEC, 2022).

En México, el 30% de las personas mayores de 60 años viven solas, lo que aumenta su vulnerabilidad emocional y social (INEGI, 2023). Asimismo, en Ecuador, 2.975 adultos mayores viven en condiciones de pobreza. El 14,6% de los hogares en el país está compuesto por un adulto mayor que vive solo, y el 14,9% de ellos son víctimas de negligencia, maltrato y abandono (INEC,2022).

En Argentina, la proporción de viudez entre hombres y mujeres mayores de 60 años indica que la viudez es predominantemente femenina, con el 38.6% de mujeres y el 10.6% de hombres siendo viudos. Así, mientras que cuatro de cada diez mujeres de 60 años o más son viudas, solo uno de cada diez hombres en este grupo de edad es viudo. (Ávila & Guadalupe, 2016). En comparación con el Ecuador, el 23.8% de las personas de la tercera edad son viudos/as, y el 30% de las mujeres mayores de 65 años son viudas, frente al 7% de los hombres, destacando la mayor vulnerabilidad de las mujeres mayores debido a su mayor longevidad (INEC, 2022).

En Perú, el 25% de la población adulta mayor vive en situación de pobreza, representando un desafío adicional para su bienestar emocional y psicosocial (INEI, 2023). En contraste con el Ecuador, el 40% de las personas de la tercera edad en áreas rurales viven en situación de pobreza, lo que también dificulta su acceso a recursos y apoyo social (INEC, 2020).

En Chile, el 80% de las personas mayores de 70 años experimentan al menos un episodio de depresión durante el proceso de duelo por viudez (MINSAL, 2023). En comparación en Ecuador, según la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) la prevalencia de depresión en personas mayores es del 39%. Estos datos muestran falta de atención especializada en salud mental en áreas rurales es un desafío significativo, afectando potencialmente el bienestar emocional de las personas de la tercera edad (INEC,2022).

En Colombia, el 40% de las personas mayores de 65 años experimentan algún grado de soledad, agravándose en casos de viudez (DANE, 2022). De manera similar, en Ecuador, de las

personas de la tercera edad en áreas rurales enfrentan un acceso limitado a redes de apoyo social, lo que puede contribuir a sentimientos de soledad y aislamiento (OPS, 2022).

En Uruguay, el 70% de las personas mayores que viven en zonas rurales no tienen acceso a servicios de salud mental especializados (INEC, 2023). En Ecuador, la situación es comparable, ya que solo el 10% de las personas de la tercera edad en zonas rurales reciben atención regular de salud mental, en comparación con el 25% en áreas urbanas (OMS, 2022).

En América Latina y el Caribe, se proyecta que para el año 2050, el número de personas mayores de 65 años se duplicará (OPS, 2020). En Ecuador, la población de personas de la tercera edad ha crecido significativamente, con un aumento del 33% desde 2010, y se espera que esta tendencia continúe, aumentando la demanda de servicios de salud y apoyo social (INEC, 2022).

Estas cifras resaltan la necesidad de comprender y atender las experiencias de esta población en diversos contextos, incluyendo las zonas rurales. Por lo cual, se debe prestar una atención especializada y adaptada a las necesidades específicas de este grupo etario quienes habitan a las afueras de la ciudad, pues son quienes enfrentan desafíos únicos relacionados con factores socioeconómicos, culturales y de acceso a recursos de salud mental (Fernández-Ballesteros et al., 2013).

Según Balacco (2018), un gran número de estudios señalan las distintas estrategias que las personas mayores viudas emplean para afrontar la situación de pérdida, en función de su realidad social objetiva y también de sus actitudes sociales. El fallecimiento de un cónyuge es una de las experiencias más dolorosas y desestabilizadoras para la salud emocional de las personas. Al enviudar, uno no solo pierde a su ser querido, sino que también enfrenta la pérdida de seguridad económica, la ausencia del compañero, la interrupción de proyectos compartidos y la falta de compañía en las actividades diarias, entre otros aspectos (Yoffe, 2013).

Uno de los factores protectores más importantes para las personas adultas mayores que han enviudado es el apoyo social. La existencia de una red de apoyo ya sea de familiares, amigos o comunidades locales, puede desempeñar un papel crucial en la mitigación del impacto emocional de la pérdida. Investigaciones muestran que aquellas personas de la tercera edad que mantienen relaciones sociales activas y reciben apoyo emocional y práctico de su entorno tienen menores índices de depresión y ansiedad tras la pérdida de su cónyuge (Antonucci, Ajrouch, & Birditt, 2014). El apoyo social no solo proporciona consuelo emocional, sino que también ofrece recursos prácticos que pueden ayudar a manejar las actividades cotidianas, reduciendo así el estrés asociado a la viudez.

La participación en actividades comunitarias y religiosas también se ha identificado como un factor protector significativo. El involucrarse en actividades grupales y comunitarias puede proporcionar un sentido de pertenencia y propósito, lo que es especialmente beneficioso durante el proceso de duelo (Krause, 2006). Estudios han demostrado que las personas de la tercera edad que participan en actividades religiosas o comunitarias tienen una mayor resiliencia emocional y una mejor calidad de vida (Levine, 2013). Estas actividades ofrecen oportunidades para la interacción social y la continuidad de rutinas, lo que puede ayudar a aliviar la sensación de aislamiento y soledad.

Por otro lado, existen varios factores de riesgo que pueden exacerbar el impacto psicológico de la viudez en las personas adultas mayores. La falta de apoyo social es uno de los factores más críticos. Aquellos que carecen de una red de apoyo fuerte están en mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos y ansiosos (Cacioppo & Hawkley, 2003). La soledad y el aislamiento social pueden intensificar el sentimiento de pérdida y aumentar la vulnerabilidad a problemas de salud mental. Esto es particularmente relevante en contextos rurales donde las oportunidades de interacción social pueden ser más limitadas (Luo et al., 2012).

La existencia de enfermedades crónicas o discapacidades físicas también puede agravar el proceso de duelo. Las personas de la tercera edad que enfrentan problemas de salud significativos pueden encontrar más difícil manejar el estrés emocional de la viudez, lo que puede llevar a un deterioro adicional de su salud física y mental (Pinquart & Sörensen, 2007). Además, los problemas de salud pueden limitar la capacidad de las personas mayores para participar en actividades sociales y comunitarias, aumentando así su aislamiento y soledad.

Otro factor de riesgo importante es el nivel socioeconómico. Las personas de la tercera edad con ingresos limitados pueden enfrentar mayores dificultades para acceder a servicios de apoyo y atención médica adecuada. La inseguridad financiera puede incrementar el estrés y la preocupación, complicando aún más el proceso de duelo (Wilcox et al., 2003). La viudez puede agravar estas dificultades, especialmente si la persona dependía económicamente de su cónyuge fallecido.

Finalmente, el tipo de relación previa con el cónyuge también puede influir en la respuesta al duelo. Las relaciones que eran muy dependientes emocionalmente pueden resultar en un duelo más complicado y prolongado. Por otro lado, las relaciones conflictivas pueden dejar sentimientos de culpa o ambivalencia, que también complican el proceso de duelo (Faschingbauer, Zisook, & DeVaul, 1987)

Además, la viudez es frecuentemente el principal factor que desencadena el sentimiento de soledad en las personas mayores. De repente, la persona de la tercera edad se ve sin la compañía y afecto de su pareja, lo que puede generar dificultades de adaptación no solo en el ámbito emocional, sino también en aspectos materiales y en la administración del tiempo para las tareas del hogar y la vida social y doméstica (Vargas Sanabria et al., 2017).

Los cambios psicosociales, como la viudez, tienden a repercutir en el declive cognitivo, funcional y en la autonomía, además pueden llegar a generar psicopatologías como la depresión

y la ansiedad (Stroebe & Schut, 2010). Las personas de la tercera edad necesitan obtener recursos que les permitan mejorar su calidad de vida ante estas situaciones, por ende, la psicoterapia es la herramienta ideal que busca mejorar el bienestar psicológico y emocional de las personas a través de la comprensión y el abordaje del duelo (Alwin & McCammon, 2007).

El manejo efectivo del estrés y las habilidades de afrontamiento son cruciales para la adaptación psicológica durante el duelo. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede ser útil para ayudar a las personas de la tercera edad a reestructurar pensamientos negativos y desarrollar estrategias de afrontamiento positivas (Bonanno, 2009). La capacidad de encontrar un nuevo significado en la vida después de la pérdida del cónyuge también se ha relacionado con mejores resultados emocionales y psicológicos. Aquellos que logran redefinir sus objetivos y encontrar nuevas fuentes de satisfacción y propósito tienden a experimentar un menor impacto negativo del duelo (Neimeyer, 2006).

La escasez de estudios de literatura específica sobre el impacto de la viudez en la vejez en contextos rurales de Ecuador motiva aún más la realización de este estudio de caso. A pesar de la importancia del tema, la literatura científica es limitada, lo que subraya la necesidad de generar conocimientos relevantes y aplicables en el campo de la psicoterapia, los cuales pueden ser útiles para los profesionales de la salud mental (González et al., 2017).

Introducción

El presente estudio aborda la evaluación e intervención en un caso clínico de duelo por la pérdida de la pareja, específicamente en una paciente viuda. La importancia de este caso radica en la alta prevalencia del duelo y su impacto significativo en la salud mental y emocional de los individuos que son afectados por casos como este. La viudez, en particular, es una experiencia profundamente traumática que puede llevar a una variedad de problemas psicológicos,

incluyendo depresión, ansiedad y sentimientos de soledad, los cuales afectan gravemente la calidad de vida del individuo (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007).

En la práctica clínica, el tratamiento del duelo presenta múltiples desafíos, incluyendo la identificación de los factores que complican el proceso de duelo y la implementación de intervenciones efectivas para promover la adaptación y el bienestar. Las terapias tradicionales, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), han demostrado ser útiles en algunos casos, pero existen limitaciones en cuanto a su capacidad para abordar la complejidad del duelo prolongado o complicado. Esto sugiere la necesidad de explorar enfoques terapéuticos más integradores y flexibles (Kosminsky, 2017).

Este caso no solo tiene implicaciones importantes para el manejo clínico del duelo, sino que también contribuye al avance científico en la comprensión y tratamiento del duelo complicado. A través de la integración de enfoques teóricos y metodológicos, este estudio busca proporcionar evidencia empírica que apoye la eficacia en el tratamiento de este tipo de problemas emocionales, ofreciendo un modelo de intervención que pueda ser replicado y adaptado en la práctica clínica.

Presentación del caso

Datos de identificación

Nombres y Apellidos: Elena Simbaña (nombre para proteger la identidad de la persona)

Fecha de nacimiento: 01/11/1944.

Lugar: Mulaló-Latacunga.

Edad: 79 años.

Sexo: Femenino.

Estado civil: Viuda.

Nivel educativo: Sin escolaridad.

Profesión: Quehacer doméstico.

Situación laboral: Sin empleo formal, realiza actividades agrícolas en el hogar.

Con quién vive: Hijo.

Motivo de consulta

La señora Elena, fue referida por el GAD Parroquial de Mulaló debido a dificultades emocionales tras el fallecimiento de su esposo. Su hijo solicitó apoyo psicológico porque Elena experimenta episodios de tristeza y llanto fácil, que afectan sus actividades diarias.

Queja

La paciente, refiere: “lo extraño mucho, nos hacíamos compañía; la casa se siente sola sin él”. Desde la muerte de su esposo, la paciente experimenta momentos frecuentes de intensa tristeza. Estos sentimientos la invaden hasta cinco veces por semana, acompañados de desmotivación para realizar cualquier tipo de actividad. Durante estos episodios, busca refugio realizando actividades de agricultura, una actividad que utiliza como mecanismo de distracción para reducir los sentimientos negativos. Además, la paciente manifiesta sentir incomodidad por estos episodios, ya que, no entiende lo que está sintiendo. Los episodios varían en duración, desde unos pocos minutos hasta incluso una hora.

Demanda

Demanda explícita

Elena Simbaña expresa su deseo de recibir apoyo psicológico debido a los intensos episodios de tristeza y desmotivación que ha experimentado desde el fallecimiento de su esposo. Manifiesta su necesidad de aprender a manejar mejor sus emociones y mejorar su calidad de vida, sintiéndose más tranquila y acompañada en este proceso de duelo.

Demanda implícita

Elena Simbaña necesita ayuda psicológica para procesar su duelo, entender y gestionar sus emociones, y encontrar nuevas formas de adaptarse a su vida cotidiana sin su esposo. También requiere apoyo para aliviar los sentimientos de soledad y fortalecer sus redes de apoyo social y familiar.

Historia vital o familiar

Actualmente vive con su hijo, este tiene 50 años y trabaja en la plantación de Barrancas, también vive con su nuera, quien tiene 47 años y es ama de casa. Desde el fallecimiento de su esposo, vive con el hijo, pero todos los días viajan a la casa de la paciente, para cuidar a los animales y por el trabajo del hijo. También hay días en los que ambos se quedan la noche en la casa de su madre. Su vivienda reside en Mulaló en el sector “Barrancas”, esta es propia.

Presenta una buena relación con su hijo y con su nuera y lo describe como: un “buen hijo y muy trabajador”, además de ser responsable y “preocupado por ella”. Refiere que tiene mucha confianza en él porque siempre le apoya y en estos días difíciles la ha cuidado mucho. Aunque refiere que ella quiere quedarse a dormir y vivir en su casa propia. Su hijo trabaja mucho y solo lo ve por las noches o fines de semana. Elena dedica la mayor parte del tiempo a cuidar de sus animales, limpiar la hierba y cocinar. Tiene breves visitas de vecinos e hijas cercanas, aunque la mayor parte del tiempo pasa sola.

La relación con dos de sus hijas a tenido varias dificultades, debido a que ellas viven en Machachi y hace más de 8 años ellas reclaman parte del terreno de sus padres, hecho que sus padres y hermanos estuvieron en contra. Durante este tiempo se presentaron conflictos en la familia y poco a poco fueron creciendo hasta el punto de no tener comunicación con las dos hijas. En cuanto a su contexto social, menciona que no tiene problemas de estar rodeada de personas, pero no sale mucho. Con quien convive más y cuando sales a ver a los animales, es

con sus vecinas. Con las que conversa poco y les pide ayuda de vez en cuando, pero la mayor parte del tiempo, cuando está en su casa, pasa sola.

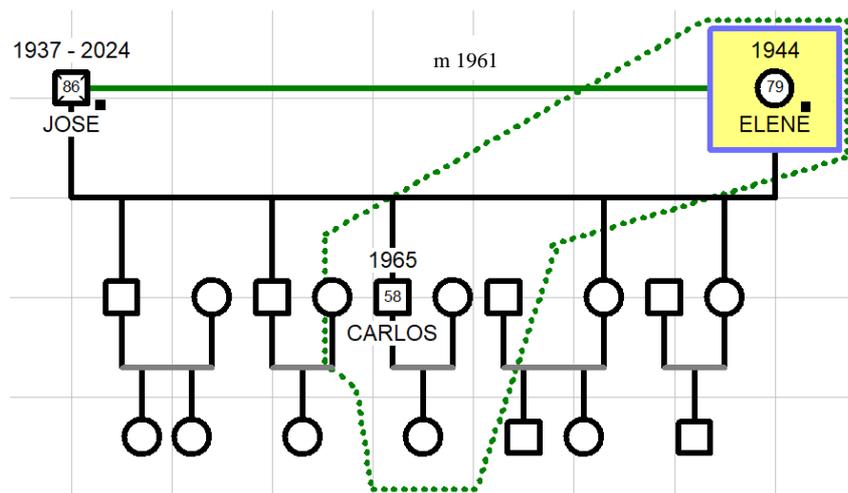
En cuanto a su contexto económico es estable, debido a que vive en su casa propia, siembra para su consumo propio y recibe ayuda de alimentos de sus hijos cercanos. Hace 5 años recibe un bono de \$100.00 de adulto mayor por parte del Estado, por ser parte de la población vulnerable, dinero que utiliza para poder comprar sus alimentos, pagar servicios básicos y comprar medicamentos si es el caso. Su trabajo es el campo, en donde realiza diferentes actividades que, por el momento difícil que está atravesando, le ayuda a distraerse cuando recuerda a su esposo.

Actualmente la paciente menciona que su prioridad es seguir cuidando de su casa, ya que su esposo, antes de fallecer, le dijo que “no deje la casa y que la cuide”. Comenta que debido a los problemas familiares que se presentaron con las dos hijas, no quiere dejar la casa y no les quiere dejar nada a ellas como herencia. Menciona que a ellas solo les importa el dinero. En cuanto a su estado de salud, la paciente presente principios de artrosis debido a su edad avanzada, esta enfermedad se presenta sobre en toda en las rodillas y se le dificulta realizar sus actividades diarias y permanecer mucho tiempo de pie. En la adultez y adolescencia no tuvo ninguna enfermedad de importancia

En su juventud (a los 20 años) tuvo su primero hijo con su esposo, el cual a los 7 días fallece debido al llamado “mal de los 7 días” que les da a los recién nacidos. Él bebe dejó de comer, presentó fiebre alta y un color amarillento, y al cabo de 7 días falleció. Después de un año (a los 21) se volvió a embarazar, pero el bebé nació muerto debido a complicaciones durante el parto. En sus siguientes embarazos no presentó mayores complicaciones y fueron por parto normal.

Actualmente presenta insomnio predormicional y postdormicional, por los “recuerdos que tiene de su esposo” según lo que menciona. Su alimentación es adecuada, aunque no presenta apetito, come a las horas adecuadas y siempre come la comida de campo. No consume cigarrillo, ni otras drogas ni alcohol. Actualmente no toma medicamentos. A inicios del año, el hijo le llevó a realizar un examen físico completo, donde todo estuvo dentro de los rangos normales, excepto por el problema de la artrosis antes mencionado.

Genograma



Historia de la Conducta Problema

Desde hace 1 año, la paciente ha presentado diversos episodios en los cuales la invaden sentimientos de tristeza, irritabilidad e intensa preocupación; manifiesta que estas sensaciones han ido apareciendo con mayor frecuencia y en ocasiones las puede controlar.

La paciente refiere que: estos episodios se han presentado desde el diagnóstico de cáncer de próstata de su esposo, ahora fallecido, debido a que se encontraban casados por 70 años; manifiesta que era su apoyo durante todo su tiempo de casados, ya que era su única compañía en diversas situaciones de la vida. Refiere que hace dos semanas, su esposo, fue operado por un cólico hepático, motivo por el cual estuvo una semana en el hospital. Estuvo una semana en la casa, con oxígeno, le daban el alimento por sonda y tenía leves momentos de lucidez. Después de 8 días en casa, por las complicaciones de la enfermedad, falleció.

No obstante, durante todo este tiempo, los episodios comentados con anterioridad han tenido una mayor intensidad y manifiesta que: en muchas ocasiones ya no los puede controlar. Los episodios actuales ahora incluyen llanto fácil y desesperanza, sin embargo, no presenta ideación suicida. Esto ha afectado su desempeño en las actividades del día a día, puesto que actualmente manifiesta estar “muy cansada” para realizarlas. Pese a sentirse de esta manera, menciona que tiene que realizar las actividades porque nadie más va a cuidar de sus animales. Además, refiere que le es difícil concentrarse.

La paciente manifiesta tener problemas para dormir, le cuesta conciliar el sueño puesto que: cuando se acuesta no puede evitar pensar sobre que va a ser de ella. Menciona que cuando logra dormir, se despierta dos horas antes de la hora estimada. Frente a estos episodios, la paciente y ni su hijo han buscado ayuda profesional para poder resolverlos; debido a que no está acostumbrada a resolver las cosas de esa manera. Solo esperaba que las cosas pasen y la situación mejore.

Anamnesis Psicológica

Consultante mujer de 79 años de edad, nacida y residente en la parroquia de Mulaló; se desempeña como ama de casa, se dedica a la agricultura, ya que tiene su terreno y animales que le dan para sus alimentos; proveniente de una familia que se dedica al campo y a la agricultura, actualmente, debido al fallecimiento de su esposo, vive con su hijo.

Mantiene una relación positiva con su hijo y con su nuera, quienes han sido su apoyo durante este tiempo. La relación con su hijo siempre ha sido buena y significativa para la paciente. En lo social normalmente se siente cómoda rodeada de personas, aunque solo tiene dos personas que son cercanas y son las vecinas con quienes comparte tiempo en el campo.

La paciente es referida por el GAD Parroquial de Mulaló, por medio del proyecto Envejeciendo Juntos. Menciona que hace un año el esposo fue diagnosticado con cáncer de

próstata, a quien consideró como su apoyo en momentos difíciles, quien le acompañó durante 70 años de casados; a partir de este diagnóstico ha presentado episodios en los cuales la invaden sentimientos de tristeza, culpabilidad, irritabilidad e intensa preocupación, menciona que estos se presentan desde hace un año.

En la última semana los síntomas se han intensificado, debido a que la salud de su esposo empeoró, presentando llanto fácil y desesperanza, no presenta ideación suicida, pero esta situación ha afectado su desempeño en actividades diarias impidiéndole concentrarse, prestar atención. Así mismo, menciona que tiene insomnio pre y pos dormicional, lo que le lleva a la constante rumia de pensamientos de desesperanza y minusvalía. La paciente no ha buscado ayuda profesional frente a su problemática por la invalidación de sus padres al manifestar su malestar frente a la misma.

Factores de riesgo:

Ambientales	Genéticos	Fisiológicos
Contexto rural	No refiere	Edad avanzada
Vivienda		Artrosis
Conflictos familiares		Insomnio

Factores protectores:

- Apoyo familiar por parte de su hijo
- Interacciones ocasionales con vecinos
- Recibir un bono de \$100.00 por parte del Estado
- Vivienda propia contribuye a una cierta estabilidad económica.
- Actividad física
- Creencias religiosas y valores

Hipótesis

Elena, vive un duelo complicado que se manifiesta en episodios recurrentes de tristeza, insomnio, y desmotivación por la pérdida reciente de su esposo, agravada por la falta de redes de apoyo social y la alteración de su rutina diaria. Este duelo complicado está siendo perpetuado por distorsiones cognitivas tales como pensamientos catastrofistas y personalización, que contribuyen a su malestar emocional y disminuyen su capacidad para adaptarse a su nueva realidad sin su esposo.

Componentes:

- **Acontecimiento (A):** La muerte reciente de su esposo después de 70 años de matrimonio.
- **Pensamientos (B) (Distorsiones Cognitivas):**

Catastrofización: Elena cree que su vida sin su esposo no tendrá sentido ni propósito ("La casa se siente sola sin él").

Personalización: Siente que es su responsabilidad exclusiva cuidar de la casa y los animales, y que nadie más puede hacerlo adecuadamente ("Tengo que realizar las actividades porque nadie más va a cuidar de sus animales").

- **Consecuencias (C):**

Emocionales: Sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza, y desmotivación.

Conductuales: Insomnio predormicional y postdormicional, llanto fácil, disminución en la realización de actividades diarias.

Fisiológicas: Síntomas físicos como cansancio y posibles exacerbaciones de artrosis debido al estrés y la falta de sueño.

El modelo cognitivo-conductual propone que las emociones y comportamientos disfuncionales son el resultado de pensamientos irracionales y distorsionados. En el caso de Elena, su proceso de duelo está siendo complicado por una serie de distorsiones cognitivas que perpetúan su malestar emocional. Intervenciones centradas en la reestructuración cognitiva, la activación conductual, y la mejora de sus habilidades de afrontamiento pueden ser eficaces para ayudarla a manejar su duelo de manera más adaptativa y mejorar su calidad de vida (Fabila & Montaña, 2022).

Evaluación inicial

Se realizó una entrevista semiestructurada, con el fin de recopilar información relevante, además de ello se aplicó 5 reactivos: índice de Barthel, escala de Lawton y Brody, Mini examen del estado mental y la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

Índice de Barthel

El Índice de Barthel es un instrumento empleado para evaluar la habilidad de una persona para llevar a cabo de forma autónoma las actividades cotidianas. Analiza diez actividades: comer, bañarse, vestirse, cuidado personal, control de esfínteres, uso del inodoro, transferencias, movilidad, subir y bajar escaleras, y desplazarse. Cada actividad tiene una puntuación que varía según el grado de dependencia, con una puntuación total de 0 a 100, donde 100 indica independencia completa (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997).

El Índice de Barthel ha demostrado alta fiabilidad interobservador e intraobservador, con coeficientes de correlación superiores a 0.85 en varios estudios. Su validez se confirmó por su correlación con otros instrumentos de evaluación funcional y la predicción de resultados clínicos en rehabilitación. Ha sido validado en países como Colombia, México y Brasil, con adaptaciones culturales y lingüísticas para asegurar su pertinencia en diferentes contextos latinoamericanos (Duarte Ayala & Velasco Rojano, 2021).

Escala de Lawton y Brody

La Escala de Lawton y Brody evalúa la habilidad de una persona mayor para realizar actividades instrumentales diarias (AIVD), más complejas que las AVD básicas. Estas actividades abarcan el uso del teléfono, hacer compras, preparar alimentos, realizar tareas domésticas, lavar la ropa, utilizar el transporte, manejar medicamentos y gestionar finanzas (Alzate Díaz et al., 2019).

La escala ha mostrado alta fiabilidad interobservador, con coeficientes superiores a 0.80, y su validez ha sido corroborada mediante su correlación con otros instrumentos de evaluación funcional y cognitiva. Validada y adaptada en países como Chile, Argentina y Perú, la Escala de Lawton y Brody se utiliza ampliamente en investigaciones y en la práctica clínica en toda la región (Soler-König et al., 2016).

Mini Examen del Estado Mental (MMSE)

El Mini Examen del Estado Mental (MMSE) es un instrumento breve diseñado para evaluar el estado cognitivo global de una persona. Evalúa áreas como la orientación, registro, atención y cálculo, recuerdo, lenguaje y capacidad de copiar un dibujo. La puntuación máxima es de 30 puntos, con puntos de corte para indicar deterioro cognitivo leve, moderado y severo (Gutiérrez, 2012).

El MMSE ha mostrado alta fiabilidad interobservador y consistencia interna, con coeficientes de Cronbach superiores a 0.80. Su validez ha sido confirmada a través de su correlación con otras pruebas neuropsicológicas y su capacidad para discriminar entre individuos con y sin deterioro cognitivo. El MMSE ha sido ampliamente validado en países como Brasil, México y Argentina, con adaptaciones culturales para asegurar su precisión y relevancia en distintos contextos (Sagbay Coronel & Ramírez Coronel, 2023).

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS)

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) es un cuestionario autoadministrado diseñado para detectar síntomas de depresión en personas mayores. La versión más utilizada es la de 15 ítems, que permite una evaluación rápida y efectiva de la presencia y severidad de la depresión (Gloria Aguilar-Navarro et al., 2007).

La GDS ha mostrado alta fiabilidad, con coeficientes de Cronbach superiores a 0.80, y validez concurrente y discriminante, confirmada a través de su correlación con otros instrumentos de evaluación de la depresión y su capacidad para identificar correctamente casos de depresión. Ha sido validada en numerosos países de América Latina, incluyendo Chile, México y Perú, con adaptaciones culturales para garantizar su efectividad en distintas poblaciones (Salgado Cedano et al., 2024).

Los datos obtenidos fueron:

- Índice de Barthel: 100 puntos, independencia.
- Escala de Lawton y Brody: 8 puntos, autónoma.
- Mini examen del estado mental: 20 puntos, deterioro
- Depresión geriátrica de Yesavage: 9 puntos, probable depresión.

Diagnóstico Diferencial

- Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Depresivo Moderado (F33.1)
- Trastorno Adaptativo, Reacción depresiva prolongada (F43.21)
- Trastorno de Ansiedad Generalizada (F41.1)
- Episodio Depresivo Moderado (F32.1)

Diagnóstico Definitivo

Episodio Depresivo Moderado (F32.1)

Según la (Organización Mundial de la Salud, 2000) para poder clasificar un episodio depresivo moderado, se deben de cumplir los siguientes criterios:

A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32)

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. **Presente**
2. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09). **Presente**

B. Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B

1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas. **Presente**
2. Marcada pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras. **Presente**
3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad. **Presente**

C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos cuatro síntomas.

1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación. **Presente**
5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva). **Presente**
6. Cualquier tipo de alteración del sueño. **Presente**

7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso (pp. 97-99).

Se diagnostica un trastorno depresivo mayor según los criterios diagnósticos de la CIE 10, debido a que cumple los criterios sintomatológicos de un episodio depresivo moderado y se excluyen otros trastornos mentales y biológicos.

En los exámenes médicos se encuentra todo dentro de los rangos de normalidad, descartando los indicadores patológicos.

No consume sustancias psicoactivas, ni es fumadora y no consumo de alcohol.

Plan Terapéutico

Modelo Terapéutico:

El modelo cognitivo-conductual es apropiado para abordar los problemas emocionales, dado su enfoque en la identificación y modificación de pensamientos y comportamientos disfuncionales. Este enfoque ha demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión y ansiedad.

La TCC es un enfoque terapéutico para tratar varios trastornos mentales, que se enfoca en ayudar al paciente a reemplazar pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por alternativas más adaptativas para enfrentar problemas, como la depresión. Esta psicoterapia es estructurada, activa y centrada en el problema. El tratamiento típicamente dura entre 10 y 20 sesiones (Puerta, 2011).

La TCC, como se señaló anteriormente, se originó principalmente en el ámbito de los problemas afectivos, especialmente como tratamiento para la depresión sin síntomas psicóticos. El modelo se basa en la tríada cognitiva y las distorsiones cognitivas.

La Tríada Cognitiva

El paciente depresivo experimenta alteraciones en sus patrones cognitivos que lo llevan a tener una visión negativa de sí mismo, viéndose como inútil, perdedor, desgraciado, torpe o enfermo, y constantemente subestimando sus cualidades necesarias para ser feliz o bueno. También tienen una percepción negativa de sus experiencias, considerando las relaciones con el entorno como derrotas o frustraciones y sintiendo que no pueden afrontar las demandas de la vida, convirtiendo cada pequeña actividad en un gran esfuerzo. Además, tienen una visión pesimista del futuro, creyendo que solo vendrán cosas peores, lo que les dificulta proyectarse de manera realista u optimista, siendo la desesperanza un síntoma principal (Álvarez et al., 2019).

Las Distorsiones Cognitivas

Durante el procesamiento de la información, pueden ocurrir alteraciones que llevan a los pacientes a sacar conclusiones arbitrarias. Se han identificado varias distorsiones o errores cognitivos en pacientes depresivos, aunque también pueden aparecer en otras patologías y en personas sin trastornos psicológicos (Puerta, 2011).

Las principales distorsiones cognitivas son:

- **Inferencia arbitraria:** Llegar a una conclusión sin evidencia que la respalde, o incluso en presencia de evidencia contraria. Por ejemplo, pensar que se fallará en un examen a pesar de haber estudiado mucho y tener buenos resultados anteriores.
- **Maximización:** Exagerar ciertos aspectos o cualidades negativas, como errores o carencias, comunes en pacientes depresivos.
- **Minimización:** Subestimar o reducir ciertos aspectos o cualidades positivas, como logros o éxitos.

- **Abstracción selectiva:** Enfocarse en un aspecto aislado, ignorando el contexto y sacando conclusiones basadas en ese detalle. Por ejemplo, centrarse en aspectos negativos para confirmar su inutilidad o poca valía personal.
- **Generalización excesiva:** Extraer reglas generales a partir de uno o varios eventos aislados. Por ejemplo, concluir que nunca se podrá tener una relación exitosa tras un fracaso sentimental.
- **Personalización:** Atribuirse la responsabilidad de eventos externos sin evidencia que justifique dicha relación. Por ejemplo, un paciente que se siente culpable por el suicidio de su hermano, a pesar de haber sido su único apoyo.
- **Pensamiento dicotómico:** Clasificar situaciones o personas en extremos opuestos sin reconocer matices intermedios. Por ejemplo, evaluarse a sí mismo como totalmente bueno o malo (Ávila & Guadalupe, 2016).

Modelo ABC

El modelo ABC de la TCC es esencial para entender la relación entre pensamientos, emociones y comportamientos. En este modelo, 'A' se refiere al Acontecimiento activador, 'B' son las creencias o pensamientos que interpretan el evento, y 'C' son las Consecuencias emocionales y conductuales que resultan. La TCC busca identificar y cambiar los pensamientos disfuncionales (B) para mejorar las respuestas emocionales y conductuales (C), lo que a su vez mejora el bienestar psicológico del individuo (Beck & Haigh, 2014).

El Método Clínico es una herramienta fundamental en la práctica profesional de la psicología, descrito como el "conjunto de procedimientos y técnicas, organizados de manera sistemática, que se aplican de forma intensiva y exhaustiva para lograr el conocimiento y la descripción del ser humano" (Díaz, 2011). Con este método, se puede obtener información

específica sobre la paciente y formular afirmaciones pronósticas aplicables en ciertas condiciones de evaluación, diagnóstico e intervención.

Siguiendo el método clínico y las técnicas desde el enfoque cognitivo conductual se procede ordenadamente con la recolección de información necesaria, evaluando la sintomatología de la paciente y su asociación con los síntomas de depresión en los manuales internacionales, además de su posible relación con otras psicopatologías, con lo cual se podrá obtener información concreta de la paciente en mención (Picerno, 2012).

Objetivos

Objetivo General

Mejorar el bienestar emocional y la calidad de vida de la paciente a través de la reducción de los síntomas depresivos y de ansiedad asociados a la viudez.

Objetivos Específicos

1. Reducir la intensidad y frecuencia de los episodios de tristeza y desmotivación.
2. Mejorar la calidad del sueño, reducir el insomnio y establecer una rutina de sueño regular.
3. Incrementar las actividades placenteras y de autocuidado.
4. Fortalecer las habilidades de afrontamiento para manejar el duelo.
5. Mejorar la interacción social y las redes de apoyo.

Estructura del plan terapéutico

La intervención psicológica se ha distribuido a lo largo de once sesiones, en cada una de las cuales se van a trabajar en distintos aspectos relacionados con la problemática de la paciente. La duración de cada sesión será de una hora aproximadamente. De esta manera las sesiones se

realizarán cada 15 días. A continuación, se realiza una descripción del desarrollo de dichas sesiones, describiendo las técnicas utilizadas.

Fase 1: Evaluación y psicoeducación

- **Sesión 1: Evaluación inicial y recolección de datos**

Se estableció una alianza terapéutica y se recolectaron los de datos necesarios para la intervención.

Se realizó una evaluación en la cual se utilizó el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Ansiedad de Hamilton para establecer una línea de base.

Inventario de Depresión de Beck II

Versión original: (Beck et al., 1996). Versión modificada BDI-II: (Beck, Steer y Brown, 1996). Adaptación española: Sanz, Gutiérrez, Gesteira, García-Vera, 2007. El objetivo del test es evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. El inventario de depresión de Beck-II” (BDI-II; Beck et al., 1996). El BDI-II es un instrumento de autoinforme de 21 ítems.

En cada uno de sus ítems se valora la intensidad y la frecuencia que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas (excepto en los ítems 16 y 18 que presentan siete alternativas). Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63 (Sanz, Gutiérrez, Gesteira, & -Vera, 2014).

Cuando es administrado por otra persona, el tiempo de aplicación varía entre 10 y 30 minutos. Beck et al. (1996) hallaron una alta consistencia interna del BDI-II en muestras clínicas y no clínicas, con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.92. En la adaptación española llevada a cabo por el equipo de Sanz, el Inventario de Depresión de Beck-II demostró altos niveles de

consistencia interna tanto en estudiantes universitarios como en personas con trastornos psicopatológicos (Melipillá, Cova, Rincón, & Valdivia, 2008).

Escala de Ansiedad de Hamilton

La Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) es una de las herramientas más utilizadas para evaluar la severidad de los síntomas de ansiedad. Desarrollada por Max Hamilton en 1959, esta escala consta de 14 ítems, cada uno de 0 a 4. Los ítems evalúan una variedad de síntomas tanto psíquicos (tensión, miedos, insomnio, estado de ánimo deprimido) como somáticos (síntomas gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, genitourinarios, y otros síntomas autonómicos y del sistema nervioso). La puntuación total puede oscilar entre 0 y 56, con puntuaciones más altas que indican una mayor severidad de la ansiedad (Hamilton, 1959).

La validez y fiabilidad de la HAM-A han sido confirmadas en numerosos estudios, siendo ampliamente utilizada en contextos clínicos y de investigación. En América Latina, la escala ha sido traducida y adaptada para asegurar su aplicabilidad cultural y lingüística, manteniendo su utilidad en la evaluación y seguimiento de los trastornos de ansiedad (Maier, Buller, Philipp, & Heuser, 1988).

Resultados: Los resultados iniciales mostraron niveles moderados de depresión y ansiedad. Esto permitió identificar la necesidad de un enfoque terapéutico centrado en la regulación emocional y la reestructuración cognitiva.

- **Sesión 2: Identificación de Pensamientos automáticos**

Se identificó los pensamientos automáticos negativos relacionados con el duelo.

Se utilizaron registros de pensamiento para rastrear y evaluar pensamientos disfuncionales.

Registros de pensamiento

Los registros de pensamiento son una herramienta fundamental en la TCC, utilizados para identificar y modificar pensamientos automáticos negativos. Estos registros permiten a los pacientes documentar situaciones específicas, las emociones y pensamientos asociados, y evaluar la validez de sus pensamientos automáticos. La estructura típica incluye columnas para describir el evento, los pensamientos automáticos, las emociones resultantes, y una reinterpretación más realista y adaptativa. Esta técnica ayuda a los pacientes a desarrollar un pensamiento más equilibrado y reducir el malestar emocional (Beck & Haigh, 2014).

Resultados: La paciente identificó pensamientos recurrentes de tristeza y desesperanza relacionados con la pérdida de su esposo, facilitando la focalización de la terapia en estos pensamientos.

Acontecimiento Activador (A)	Pensamiento (B)	Consecuencia (C)
La muerte de su esposo.	"Lo extraño mucho, nos hacíamos compañía; la casa se siente sola sin él. No puedo seguir adelante sin él."	Sentimientos de intensa tristeza y soledad, llanto fácil, desmotivación para realizar actividades cotidianas, aislamiento.
Disputas familiares con sus hijas por la herencia.	"Mis hijas solo quieren el dinero, no les importa lo que me pase. Me siento traicionada por ellas."	Aumento del estrés y la angustia, sentimientos de desamparo y desconfianza, tensión familiar.
Vivir sola en su casa la mayor parte del tiempo.	"No puedo manejar la soledad, todo es más difícil sin él. Nadie entiende lo que estoy pasando."	Sentimientos de aislamiento, desmotivación, dificultades para dormir, pensamientos rumiantes sobre su esposo.
Realizar actividades agrícolas como mecanismo de distracción.	"Hago esto para no pensar en él, pero nada ayuda. Me siento perdida sin él."	Desgaste físico, posible alivio temporal de la tristeza, pero sin solución a largo plazo para el duelo y la soledad.

- **Sesión 3: Psicoeducación sobre el duelo y la viudez**

Se informó a la paciente sobre el proceso de duelo, normalizando sus sentimientos y emociones.

Se informó sobre la importancia del autocuidado y las estrategias para mantener la salud emocional.

Psicoeducación

La psicoeducación es una técnica utilizada en diversas terapias psicológicas, incluyendo la TCC, que se centra en proporcionar información y educación a los pacientes sobre su condición, los síntomas, y las estrategias de manejo. El objetivo principal es empoderar a los pacientes con el conocimiento necesario para comprender su situación, mejorar su capacidad para manejar los síntomas y participar activamente en su tratamiento. La psicoeducación puede incluir información sobre la naturaleza del trastorno, los factores que lo agravan, y las técnicas de afrontamiento y autocuidado (Dixon et al., 2001).

En la práctica clínica, la psicoeducación ha demostrado ser eficaz para mejorar los resultados del tratamiento al reducir la ansiedad y la desesperanza, aumentar la adherencia al tratamiento, y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Al proporcionar una comprensión clara de su condición y del proceso terapéutico, los pacientes pueden sentirse más controlados y menos estigmatizados, lo cual es fundamental para el éxito del tratamiento. La psicoeducación también facilita una mejor comunicación entre el paciente y el terapeuta, fomentando un ambiente terapéutico colaborativo y de confianza (Mueser et al., 2002).

Resultados: Se llevó a cabo un proceso de psicoeducación detallado, lo que permitió a la paciente alcanzar una mejor comprensión de sus emociones. Durante esta sesión, se le proporcionó información fundamental sobre el duelo, explicándole que el duelo es un proceso natural y necesario tras la pérdida de un ser querido. Al entender que sus emociones eran una parte natural del duelo, la paciente pudo comenzar a manejar su dolor con más compasión hacia sí misma, lo que fue crucial para su progreso terapéutico. Esta comprensión no solo mejoró su

bienestar emocional general, sino que también la capacitó para enfrentar su duelo de manera más saludable y efectiva.

Fase 2: Intervención Cognitiva-conductual

- **Sesión 4: Identificación y reestructuración cognitiva**

Se enseñó a la paciente a identificar pensamientos automáticos negativos relacionados con la pérdida de su esposo, para así poder modificar estos.

Se introdujo técnicas de reestructuración cognitiva para reemplazar pensamientos negativos con otros más adaptativos.

Reestructuración cognitiva

Es un proceso terapéutico ampliamente utilizado en la psicología cognitiva y la terapia cognitivo-conductual (TCC). Consiste en identificar y modificar patrones de pensamiento disfuncionales que contribuyen a emociones negativas o conductas problemáticas. Se basa en la premisa de que nuestros pensamientos automáticos y creencias pueden influir significativamente en nuestras emociones y comportamientos. Los individuos aprenden a identificar pensamientos distorsionados, como la catastrofización o la personalización, y a reemplazarlos con pensamientos más realistas y adaptativos. Este proceso promueve una visión más equilibrada de las situaciones y puede reducir el malestar emocional asociado (García & Linares, 2018).

Para aplicar la reestructuración cognitiva, los terapeutas suelen utilizar técnicas como el cuestionamiento Socrático, la búsqueda de evidencias que apoyen o refuten los pensamientos automáticos, y la generación de alternativas más saludables y realistas. Esta aproximación no solo ayuda a mejorar el bienestar emocional, sino que también puede ser efectiva en el tratamiento de trastornos como la depresión y la ansiedad (Castro De Valerio, 2016).

Resultados: Se identificaron los pensamientos automáticos negativos, como "no puedo seguir adelante sin él". Estos pensamientos fueron examinados críticamente mediante el cuestionamiento Socrático, donde se le ayudó a la paciente a explorar la validez y el realismo de tales pensamientos.

Después de identificar los pensamientos disfuncionales, la paciente fue guiada para desarrollar alternativas más adaptativas y realistas. Esto puede involucrar la generación de pensamientos más equilibrados y empíricamente respaldados, como "puedo seguir adelante sin él y encontrar formas de distracción". La paciente comenzó a internalizar y practicar estos nuevos pensamientos como parte de su proceso de cambio cognitivo.

Pensamientos automáticos	Pensamientos reestructurados
"Lo extraño mucho, nos hacíamos compañía; la casa se siente sola sin él. No puedo seguir adelante sin él."	"Extraño mucho su compañía y es natural sentir la casa vacía sin él. Puedo aprender a adaptarme"
"Mis hijas solo quieren el dinero, no les importa lo que me pase. Me siento traicionada por ellas."	"Siento que mis hijas están enfocadas en el dinero. Puede ser útil hablar con ellas sobre cómo me siento y buscar formas de mejorar nuestra relación."
"No puedo manejar la soledad, todo es más difícil sin él. Nadie entiende lo que estoy pasando."	"La soledad es difícil de manejar, pero puedo aprender a ser más independiente. Es importante que busque apoyo emocional que me ayude a atravesar este período."
"Hago esto para no pensar en él, pero nada ayuda. Me siento perdida sin él."	"Es comprensible que me sienta perdida y que busque maneras de distraerme del dolor. Puedo explorar diferentes actividades que me ayuden a procesar mis emociones."

- **Sesión 5: Desafío de creencias disfuncionales**

Se trabajó en la identificación de creencias centrales y disfuncionales que contribuyen a la tristeza y la desmotivación.

Se utilizó el debate socrático para cuestionar y modificar estas creencias.

Debate Socrático

Es una técnica de diálogo utilizada en la TCC para explorar y cuestionar pensamientos automáticos y creencias disfuncionales. Este enfoque implica un proceso estructurado de

preguntas dirigidas por el terapeuta para ayudar al individuo a examinar la lógica y el fundamento de sus pensamientos. Se fomenta la reflexión crítica y la búsqueda de evidencias objetivas que apoyen o refuten los pensamientos automáticos, promoviendo así una reconsideración y eventual modificación de las creencias negativas hacia perspectivas más realistas y adaptativas. Este método no solo facilita el autoconocimiento y la autorreflexión, sino que también fortalece la capacidad del individuo para enfrentar desafíos emocionales y decisiones difíciles con mayor claridad y objetividad (Chicharro, 2016).

Resultados: Se facilitó un espacio donde la paciente pudo examinar y cuestionar creencias disfuncionales arraigadas, como sentir que su valor personal dependía de la presencia o apoyo de su esposo, y dudar de su capacidad para enfrentar la vida sola. Se empleó preguntas estructuradas para explorar la lógica detrás de estas creencias, ayudando a la paciente a considerar evidencias alternativas y perspectivas más realistas. Por ejemplo, se utilizaron las siguientes preguntas:

- ¿Podría explicarme más sobre qué significa para “sentir que su valor personal depende de la presencia de su esposo”?
- ¿Qué evidencias tiene de que no puede enfrentar la vida sola? ¿Existen momentos en el pasado donde ha enfrentado desafíos por usted misma?
- ¿Qué otras explicaciones podrían existir para lo que está sintiendo y pensando en este momento?
- ¿Cuán probable es que todas las personas que pierden a sus seres queridos no puedan enfrentar la vida por sí mismas?
- ¿Cómo le beneficiaría ver su capacidad para enfrentar la vida sola de manera diferente?

Durante el proceso, se alentó a la paciente a reflexionar sobre momentos pasados donde pudo haber mostrado resiliencia y fortaleza, incluso en circunstancias difíciles. Esto ayudó a desafiar la percepción de incapacidad y fortaleció su autoconcepto.

- **Sesión 6: Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas**

Se mejoró la capacidad de la paciente para resolver problemas cotidianos que contribuyen a su estrés con el fin de mejorar las interacciones sociales y reducir la soledad.

Se enseñó y practicar el proceso de resolución de problemas.

Resolución de problemas

Es un enfoque sistemático utilizado en la TCC para ayudar a individuos a manejar eficazmente los desafíos y dificultades de la vida diaria. Este método implica identificar claramente el problema, generar múltiples soluciones posibles, evaluar cada opción en términos de sus pros y contras, seleccionar la mejor alternativa y finalmente implementarla. Durante este proceso, se enfatiza la importancia de la planificación y la acción proactiva, así como el aprendizaje de habilidades para enfrentar problemas futuros de manera más efectiva. La técnica de resolución de problemas no solo busca resolver problemas prácticos, sino también promover el desarrollo de la autonomía y la capacidad de tomar decisiones informadas en situaciones diversas (López & Márquez, 2017).

Sigue un proceso estructurado que puede dividirse en varios pasos clave:

1. **Identificación del problema:** El primer paso consiste en identificar claramente cuál es el problema específico que se desea resolver.
2. **Generación de soluciones:** En esta etapa, se alienta a pensar creativamente y considerar todas las opciones viables, sin descartar ninguna inicialmente.
3. **Evaluación de las alternativas:** Se consideran los posibles beneficios y desventajas de cada opción, así como la probabilidad de éxito y las consecuencias potenciales de su implementación.

4. **Selección de la mejor opción:** Después de evaluar las alternativas, se selecciona la solución que parece más adecuada y prometedora para abordar el problema en cuestión.
5. **Implementación y seguimiento:** Una vez que se ha tomado la decisión, se procede a implementar la solución elegida de manera planificada y sistemática. Es importante realizar un seguimiento de la implementación para evaluar su efectividad y realizar ajustes si es necesario (Lozada & Caballero, 2020).

Resultados: Los resultados indican que la paciente ha logrado desarrollar habilidades efectivas para enfrentar problemas cotidianos. Aprendió a identificar situaciones específicas que causaban malestar o dificultad en su vida diaria. Por ejemplo, a aplicar el proceso estructurado de resolución de problemas para manejar mejor las interrupciones en su rutina diaria y para enfrentar situaciones sociales que antes encontraba desafiantes.

Aprendió a generar múltiples soluciones posibles para cada situación identificada, a evaluar las ventajas y desventajas de cada opción, y finalmente a seleccionar e implementar las soluciones más apropiadas. Al hacerlo, no solo mejoró su capacidad para manejar las dificultades prácticas de manera efectiva, sino que también ganó confianza en sus habilidades para enfrentar los desafíos cotidianos y en su capacidad para relacionarse de manera más satisfactoria con otros.

- **Sesión 7: Activación conductual**

Se estableció una lista de actividades placenteras y de autocuidado que la paciente pueda incorporar en su rutina diaria.

Se utilizó la programación de actividades para incrementar la participación en actividades gratificantes y reducir la inactividad.

La activación conductual

Se utiliza principalmente en el tratamiento de la depresión, enfocada en aumentar la participación del individuo en actividades. La premisa fundamental es que, al incrementar las actividades gratificantes, se puede romper el ciclo de inactividad, aislamiento y ánimo bajo que caracteriza a la depresión. Se trabaja en identificar y programar actividades específicas que pueden mejorar su estado de ánimo y proporcionar un sentido de logro y placer, ayudando así a restablecer patrones de comportamiento saludables y satisfactorios (Dimidjian et al., 2011).

Es práctico y orientado a la acción, y se basa en la idea de que el cambio en el comportamiento puede preceder y contribuir al cambio en el estado emocional. Al centrarse en el aumento de las conductas adaptativas y la reducción de las conductas evitativas, no solo ayuda a aliviar los síntomas depresivos, sino que también promueve una mayor participación en la vida diaria y un mayor bienestar general (Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2022).

Resultados: La paciente logró integrar actividades gratificantes en su rutina diaria, lo cual tuvo un impacto positivo en su estado de ánimo y redujo significativamente la sensación de vacío que experimentaba tras la pérdida de su esposo. Se centró en identificar y programar actividades significativas y placenteras para la paciente, ayudándola a reestablecer un sentido de propósito y satisfacción en su vida cotidiana.

Por ejemplo, comenzó a participar en actividades como caminar al aire libre, retomar actividades del campo como: cortar hierba, dar de comer a los animales y cosechar el maíz; limpiar la casa o involucrarse en actividades sociales con vecinos o familiares. Se le ayudó a reconocer cuáles eran más probablemente reforzadoras y alineadas con sus valores personales. Al implementar estas actividades de manera regular, la paciente experimentó mejoras en su estado de ánimo, promoviendo un mayor bienestar emocional y una vida más plena.

- **Sesión 8: Técnicas de relajación**

Introducir ejercicios de relajación progresiva para reducir el estrés, la tensión física y emocional con el fin de mejorar la calidad del sueño.

Practicar técnicas de relajación como la respiración profunda y la relajación muscular progresiva.

Relajación progresiva

Es una técnica desarrollada por Edmund Jacobson en la década de 1930, diseñada para reducir la tensión muscular y promover un estado de calma mental. El método implica tensar y luego relajar sistemáticamente diferentes grupos musculares del cuerpo, comenzando generalmente con los pies y avanzando hasta la cabeza. Al concentrarse en la sensación de tensión y relajación, los individuos aprenden a reconocer y controlar la tensión muscular, lo que a su vez puede disminuir el estrés y la ansiedad (McCallie, Blum, & Hood, 2006).

Esta técnica es ampliamente utilizada en el manejo del estrés, la ansiedad y diversas condiciones físicas y psicológicas. Los estudios han demostrado que la relajación progresiva puede mejorar la calidad del sueño, reducir los síntomas de la depresión y mejorar el bienestar general. La práctica regular de esta técnica puede ayudar a las personas a desarrollar una mayor conciencia corporal y una habilidad mejorada para inducir un estado de relajación en situaciones de estrés (Manzoni, Pagnini, Castelnuovo, & Molinari, 2008).

A continuación, se describe el proceso:

1. Preparación: Encontrar un lugar tranquilo y cómodo donde no te interrumpan. Sentarse o recuéstate en una posición relajada, con los ojos cerrados.
2. Respiración profunda: Comenzar tomando algunas respiraciones profundas y lentas para ayudar a calmar mente y cuerpo.
3. Tensión y relajación de los grupos musculares:

- Pies y tobillos: Comenzar con los pies. Tensar los músculos de los pies apretando los dedos hacia abajo. Mantener la tensión durante unos 5-10 segundos y luego relájate durante unos 15-20 segundos, sintiendo cómo se libera la tensión.
 - Pantorrillas: Tensar los músculos de las pantorrillas apuntando los dedos de los pies hacia arriba, mantener la tensión y luego relajar.
 - Muslos: Tensar los músculos de los muslos apretando los músculos lo más fuerte que se pueda, luego relajar.
 - Glúteos: Tensar los músculos de los glúteos y luego relajar.
 - Abdomen: Tensar los músculos del abdomen contrayendo el estómago, luego relajar.
 - Pecho y hombros: Inhalar profundamente y tensar los músculos del pecho y los hombros levantándolos hacia las orejas, luego relajar.
 - Brazos y manos: Tensar los músculos de los brazos apretando los puños, luego relajar.
 - Cuello y garganta: Tensar los músculos del cuello inclinando la cabeza hacia atrás, luego relajar.
 - Cara: Tensar los músculos de la cara apretando los ojos y frunciendo el ceño, luego relajar.
4. Conciencia corporal: Después de haber trabajado todos los grupos musculares, tomar un momento para disfrutar de la sensación de relajación que recorre tu cuerpo.
5. Finalización: Abrir los ojos lentamente y estirar el cuerpo suavemente antes de ponerse de pie (Jacobson, 1938).

Resultados: Se obtuvo una reducción en los niveles de estrés y una mejora en la calidad del sueño. Estos resultados fueron en gran parte atribuidos a la implementación de técnicas de relajación progresiva. Elena practicó esta técnica regularmente, lo que le permitió relajar

progresivamente los distintos grupos musculares del cuerpo, comenzando desde los pies hasta la cabeza. Este proceso ayudó a reducir la tensión física y promovió un estado de calma mental.

Al enfocarse en la relajación progresiva, Elena pudo disminuir significativamente su estrés diario, lo que tuvo un impacto directo en la mejora de la calidad del sueño. Dormir mejor le permitió despertar más descansada y con mayor energía para enfrentar sus actividades diarias.

Fase 4: Fortalecimiento de Redes de Apoyo

- **Sesión 9: Mejora de la Interacción Social**

Identificar oportunidades para mejorar las interacciones sociales y fortalecer las redes de apoyo.

Planificar actividades sociales que involucren a familiares, amigos y la comunidad.

Resultados: Se logró identificar oportunidades para mejorar las interacciones sociales y fortalecer las redes de apoyo. Se exploró diversos entornos sociales, identificando recursos y superando barreras limitantes. Además, planificó un calendario de actividades sociales específicas, estableciendo metas realistas y desarrollando estrategias de comunicación efectiva. Elena participó en actividades sociales con familiares, amigos y la comunidad, alineándolas con sus intereses personales. Estos esfuerzos fomentaron una mayor participación social, fortaleciendo sus redes de apoyo y mejorando significativamente su bienestar emocional y personal.

Fase 5: Consolidación y seguimiento

- **Sesión 10: Consolidación de habilidades**

Consolidar las habilidades aprendidas y planificar el mantenimiento a largo plazo.

Planificar estrategias de mantenimiento para asegurar la continuidad de los progresos.

Resultados: Elena demostró una consolidación notable de las habilidades aprendidas durante el proceso terapéutico. Pudo integrar de manera efectiva las técnicas de reestructuración

cognitiva y las estrategias de regulación emocional en su vida diaria, lo que se reflejó en una mejora en su capacidad para manejar el estrés y las emociones negativas. Además, se desarrolló un plan de mantenimiento a largo plazo, incluyendo la identificación de señales tempranas de recaída y la implementación de estrategias preventivas para asegurar la continuidad de sus progresos. Este enfoque proactivo le permitió sentirse más segura y autónoma en la gestión de su bienestar emocional y fortaleciendo su capacidad para enfrentar futuros desafíos.

- **Sesión 11: Seguimiento y evaluación final**

Evaluar el progreso de la paciente utilizando las mismas herramientas de evaluación inicial.

Discutir sobre los logros alcanzados y planificar un seguimiento a largo plazo para prevenir recaídas.

Resultados: Se evaluó el progreso de Elena utilizando las mismas herramientas de evaluación inicial. Los resultados mostraron una disminución notable en los niveles de depresión y ansiedad en comparación con las evaluaciones iniciales. Esta reducción evidenció una mejora en la salud mental de la paciente, destacando el éxito de las técnicas de reestructuración cognitiva y la regulación emocional aplicadas durante la terapia.

Se discutieron en detalle los logros de Elena, quien reconoció mejoras significativas en su capacidad para manejar el estrés, regular sus emociones y enfrentar problemas cotidianos de manera más efectiva. Para prevenir recaídas, se planificó un seguimiento a largo plazo que incluyó un plan detallado para reconocer señales tempranas de recaída, el uso continuo de las técnicas aprendidas y la implementación de estrategias de prevención. Además, se establecieron citas de seguimiento periódicas para monitorear su estado y ofrecer apoyo continuo, asegurando así la sostenibilidad de sus progresos.

Resultados

Los resultados iniciales mostraron niveles moderados de depresión y ansiedad. Tras cuatro meses de tratamiento psicoterapéutico, los resultados obtenidos son alentadores.

La paciente recibió información sobre las etapas del duelo y las respuestas emocionales normales tras la pérdida de un ser querido. Este conocimiento le permitió disminuir la autocrítica y aceptar sus emociones como parte integral de su proceso de duelo. Comprender que sentimientos como la tristeza, la ira y la desesperanza eran respuestas naturales, ayudó a Elena a ver sus emociones no como fallos personales, sino como componentes válidos de su experiencia de duelo. Este entendimiento facilitó una mayor aceptación de su dolor y permitiéndole manejarlo con más compasión hacia sí misma. Esta comprensión mejoró significativamente su bienestar emocional, capacitándola para enfrentar su duelo de manera más saludable y efectiva.

Se ayudó a Elena a identificar pensamientos automáticos negativos recurrentes y a analizarlos críticamente. Luego, mediante el cuestionamiento socrático, se examinó la lógica y la evidencia detrás de estos pensamientos disfuncionales, guiándola con preguntas estructuradas a reconsiderar sus creencias. Posteriormente, Elena fue guiada para desarrollar pensamientos más equilibrados y realistas. Finalmente, reflexionó sobre momentos pasados donde demostró resiliencia, lo que desafió su percepción de incapacidad y fortaleció su autoconcepto, mejorando su autoestima y fomentando un sentido de autonomía y confianza en sus habilidades para manejar los desafíos cotidianos.

Aprendió a identificar situaciones específicas que causaban malestar, como interrupciones en su rutina diaria o desafíos en situaciones sociales. Elena aprendió a definir claramente los problemas específicos, lo que le permitió abordarlos de manera más directa y efectiva. Posteriormente, se le animó a generar múltiples soluciones posibles para cada problema identificado. Luego, aprendió a evaluar las ventajas y desventajas de cada opción generada, lo

que le ayudó a seleccionar las soluciones más apropiadas y viables. Una vez seleccionadas, Elena comenzó a implementar las soluciones elegidas, lo que mejoró su capacidad para manejar las dificultades prácticas de manera efectiva. Finalmente, tras la implementación, Elena revisaba los resultados y hacía ajustes según fuera necesario.

Este enfoque mejoró su capacidad para manejar dificultades prácticas y aumentó su confianza en enfrentar desafíos cotidianos. Además, al gestionar mejor sus interacciones sociales y participar en actividades significativas, Elena redujo su sensación de soledad y mejoró su bienestar emocional.

El proceso de activación conductual fue fundamental para que Elena lograra integrar actividades gratificantes en su rutina diaria, lo cual tuvo un impacto positivo en su estado de ánimo y redujo significativamente la sensación de vacío tras la pérdida de su esposo.

En terapia, Elena identificó actividades significativas que eran reforzadoras y alineadas con sus valores personales, incluyendo tanto actividades que disfrutaba antes de la pérdida de su esposo como otras nuevas. Se le ayudó a programar estas actividades en su rutina diaria. Elena comenzó a participar activamente en actividades como caminar al aire libre, cuidar de los animales, cosechar maíz y limpiar la casa. Además, se involucró en actividades sociales con vecinos y familiares, lo cual le proporcionó una sensación de conexión y apoyo social. El impacto de estas actividades en su estado de ánimo y bienestar general fue monitoreado, y Elena reportó mejoras significativas, incluyendo un sentido renovado de propósito y satisfacción.

La implementación regular de estas actividades ayudó a Elena a encontrar formas de llenar el vacío emocional dejado por la pérdida de su esposo, promoviendo un mayor bienestar emocional. Además, se observó una reducción significativa en los niveles de estrés de Elena, acompañada de una mejora en la calidad del sueño. Estos resultados se atribuyen en gran medida a la implementación regular de técnicas de relajación progresiva.

Esta práctica sistemática ayudó a Elena a disminuir la tensión física e inducir un estado de calma mental. Al adoptar la relajación progresiva como parte de su rutina diaria, Elena pudo liberar la tensión acumulada en los músculos, lo que le proporcionó una sensación general de alivio físico y relajación. Además, la técnica promovió un estado de tranquilidad mental, ayudándola a gestionar mejor los pensamientos y emociones negativas que contribuían a su estrés. Con una reducción del estrés y una mayor relajación física y mental, Elena experimentó una notable mejora en la calidad de su sueño, reportando que dormía más profundamente y se despertaba sintiéndose más descansada. Asimismo, complementó la relajación progresiva con otras estrategias aprendidas en terapia, como establecer una rutina de sueño consistente y crear un ambiente propicio para el descanso, lo que mejoró aún más su higiene del sueño.

Estos avances no solo contribuyeron a mejorar su bienestar físico, sino que también tuvieron un impacto positivo en su estado emocional y en su capacidad para enfrentar los desafíos diarios. Ahora afronta los problemas cotidianos, como cambios de ambiente, de manera positiva y es consciente de sus emociones, manejándolas adecuadamente. Su capacidad para no considerar sus ideas automáticas como catástrofes le ha permitido actuar de manera más efectiva y ajustada a la realidad.

Elena ha comenzado a planificar y disfrutar de las actividades por sí misma, reconociendo la importancia de tener un espacio personal para su crecimiento. Ha aprendido a establecer límites con su familia, un cambio crucial para su bienestar emocional y su autonomía. Además, Elena se siente más capaz de dirigir su propia vida y enfocándose en disfrutar del presente.

Elena fortaleció sus redes de apoyo, esenciales para proporcionar soporte emocional y obtener consejos prácticos, lo que ayudó a reducir su sensación de aislamiento y mejorar su bienestar mental. Las interacciones sociales positivas mejoraron su estado de ánimo, proporcionándole momentos de alegría y satisfacción, contrarrestando la soledad y tristeza. Además, participar más en su comunidad le permitió desarrollar habilidades sociales, como la

comunicación efectiva y la empatía, en un entorno seguro. Esto incrementó su autoconfianza, reforzando su sentido de valía personal y su confianza en sus habilidades interpersonales.

Estos resultados subrayan la importancia de las conexiones sociales en el proceso de recuperación emocional y fortalecimiento del bienestar. Elena demostró que la construcción de redes de apoyo y la participación en la vida comunitaria son esenciales para su crecimiento personal y emocional.

La reevaluación de Elena con las mismas herramientas iniciales mostró una reducción significativa en depresión y ansiedad, confirmando la eficacia del tratamiento psicoterapéutico. Inicialmente con niveles moderados, la paciente ahora presenta una notable mejora en su bienestar emocional. La disminución de estos síntomas indica el éxito de intervenciones como la reestructuración cognitiva, la regulación emocional y la activación conductual. La paciente ha aprendido a gestionar pensamientos negativos, regular sus emociones y participar en actividades gratificantes, mejorando su capacidad para enfrentar problemas cotidianos y su calidad de vida. Estos avances reflejan el impacto positivo de la terapia tanto a corto como a largo plazo.

Aunque Elena ha cumplido en gran medida con los objetivos planteados, aún hay áreas que podrían beneficiarse de más trabajo. Ella emplea estrategias de reevaluación para manejar pensamientos negativos y ha aprendido a reconocer los primeros signos de depresión, utilizando estrategias para mejorar su estado de ánimo. Ha logrado avances notables en su proceso terapéutico, mejorando su comprensión y manejo de las emociones y su autonomía, lo que ha incrementado significativamente su calidad de vida.

Evaluación pre y post tratamiento

Instrumento de evaluación	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Índice de Barthel	100 puntos; independencia	100 puntos; independencia
Escala de Lawton y Brody	8 puntos; autónoma.	8 puntos; autónoma.
Mini Examen del Estado Mental (MMSE)	20 puntos; deterioro	25 puntos; sospecha patológica
Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS)	9 puntos; probable depresión	3 puntos; no depresión
Inventario de Depresión de Beck II	Moderado	Leve
Escala de Ansiedad de Hamilton	Moderado	Leve

Conclusiones

- La reevaluación final de Elena mostró una reducción significativa en los niveles de depresión y ansiedad, lo que confirma la eficacia del tratamiento psicoterapéutico. Este progreso es atribuible a la implementación de intervenciones clave como la reestructuración cognitiva y la activación conductual, que han permitido a Elena manejar de manera efectiva sus emociones y pensamientos negativos.
- Elena ha aprendido a identificar y gestionar pensamientos automáticos negativos, lo que ha mejorado su capacidad para enfrentar problemas cotidianos. La aplicación del cuestionamiento socrático y la creación de pensamientos más realistas y equilibrados han sido cruciales en este proceso, fortaleciendo su autoestima y autonomía.
- La psicoeducación sobre el proceso de duelo y las respuestas emocionales normales tras la pérdida de su esposo ayudaron a Elena a aceptar sus emociones sin autocrítica. Esta aceptación le permitió manejar su dolor con más compasión hacia sí misma, facilitando un proceso de duelo más saludable y efectivo.
- A través de la activación conductual, Elena ha logrado incorporar actividades significativas y gratificantes en su rutina diaria, lo cual ha tenido un impacto positivo en

su estado de ánimo y ha reducido la sensación de vacío. Participar en actividades sociales y comunitarias ha fortalecido sus redes de apoyo y mejorado su bienestar emocional.

- La planificación y consolidación de estrategias de mantenimiento a largo plazo aseguran la continuidad de los progresos de Elena. El seguimiento y la reevaluación regular son esenciales para prevenir recaídas y mantener el bienestar emocional alcanzado durante la terapia, destacando la importancia de un enfoque continuo y adaptativo en su proceso terapéutico.

Recomendaciones

- A pesar del progreso alcanzado, es recomendable que Elena continúe con sesiones de terapia periódicas para consolidar sus avances y abordar cualquier problema emergente. Esto ayudará a mantener su bienestar emocional y prevenir posibles recaídas en depresión o ansiedad.
- Elena debe seguir participando en actividades que le proporcionen satisfacción y sentido de propósito. Incluir nuevas actividades que alineen con sus intereses puede fortalecer aún más su bienestar emocional y fomentar un estilo de vida equilibrado.
- Es importante que Elena continúe fortaleciendo sus redes de apoyo social, tanto con familiares como con amigos y vecinos. La participación en grupos comunitarios o de apoyo puede ofrecerle un sentido de pertenencia y apoyo adicional.
- Para manejar el estrés y mejorar la calidad del sueño, Elena debería mantener la práctica de técnicas de relajación progresiva y considerar complementarlas con otras estrategias como la meditación o el yoga. Esto le ayudará a mantener un estado de calma y bienestar físico y mental.
- Elena debe revisar periódicamente las estrategias de afrontamiento aprendidas para asegurarse de que siguen siendo efectivas. Ajustar y adaptar estas estrategias a medida

que surjan nuevos desafíos garantizará que pueda manejarlos de manera eficiente y mantener su progreso terapéutico.

Bibliografía:

- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57–62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Álvarez, L. V., Moreno, N. Y. A., & Cisternas, R. B. (2019). Cognitive distortions and risk for suicidal behaviors, considering Chilean and Colombian adolescents as sample: A descriptive-correlational study is conducted. *Psicogente*, 22(41). <https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3308>
- Alwin, D. F., & McCammon, R. J. (2007). Rethinking Generations. *Research in Human Development*, 4(3–4), 219–237. <https://doi.org/10.1080/15427600701663072>
- Alzate Díaz, A., Patricia Mejía Serna, G., Fernanda Rodríguez García, L., Luz Salazar Marulanda, N., Hernán Velásquez Molina, J., & Vélez Rueda, L. (2019). Diseño de un sistema de información para determinar la autonomía de los adultos mayores de acuerdo con la normatividad colombiana. In *Tecnología e Innovación en Salud* (Vol. 4).
- Ávila, D., & Guadalupe, A. (2016). Tolerancia a la frustración y distorsiones cognitivas en estudiantes con consumo de alcohol. *REVISTA EUGENIO ESPEJO*, 10(2), 13–22. <https://doi.org/10.37135/ee.004.01.01>
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. In *Annual Review of Clinical Psychology* (Vol. 10, pp. 1–24). Annual Reviews Inc. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- Castro De Valerio, A. (2016). *Reestructuración cognitiva conductual en el autoconcepto del adolescente*. 2.
- Chicharro, A. (2016). El diálogo socrático como parte de la formación práctica en los estudios de derecho. *Revista Jurídica de Investigación e Innovación Educativa*, 14, 41–59. <http://www.eumed.net/rev/rejie>

- Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38.
- Dixon, L., Adams, C., & Hucksted, A. (2000). Update on Family Psychoeducation for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 6(1).
<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/26/1/5/1927972>
- Fabila, L. J., & Montaña, A. H. (2022). Intervención cognitivo-conductual en el duelo complicado: un estudio de caso. *Clínica Contemporánea*, 13(2).
<https://doi.org/10.5093/cc2022a8>
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active aging: A global goal. In *Current Gerontology and Geriatrics Research* (Vol. 2013).
<https://doi.org/10.1155/2013/298012>
- Fernández, E., & Rodríguez, J. (2012). Distorsiones Cognitivas: Una revisión sobre sus implicaciones en la conducta agresiva y antisocial. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 12, 85–99.
- García, C., & Linares, N. (2018). *Cognitive restructuring effects on cognitive distortions in adolescents in grief over parent's death*. 36(1), 44–48.
- Gamba-Collazos, H. A., & Navia, C. E. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. In *Revista Colombiana de Psicología* (Vol. 26, Issue 1, pp. 15–30). Universidad Nacional de Colombia. <https://doi.org/10.15446/rcp.v26n1.51205>
- Gloria Aguilar-Navarro, S., Fuentes-Cantú, A., Alberto Ávila-Funes, J., & José García-Mayo, E. (2007). Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Pública de México*, 49(4).
- González, M., Ramírez, G., del Mar Brajin, M., & Londoño, C. (2017). Control, avoidance and emotion regulation cognitive strategies: The differential role in negative and intrusive repetitive thoughts. *Ansiedad y Estrés*, 23(2–3), 84–90.
<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.09.005>
- Gutiérrez, L. (2012). Factores Socioculturales en la Valoración Neuropsicológica Avances y Desafíos en Neuropsicología. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento*, 4, 43–50. www.psyche.unc.edu.ar/racc

- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50-55.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2020). Es un deber moral cuidar a las personas adultas mayores del país. Recuperado de: <https://www.presidencia.gob.ec/es-un-deber-moral-cuidar-a-las-personas-adultas-mayores-del-pais-presidente-moreno/#:~:text=En%20el%20sector%20rural%20la,eso%20no%20volver%C3%A1%20a%20pasar%E2%80%9D>.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2022). Encuesta de salud y bienestar del adulto mayor. Recuperado de: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-desalud-bienestar-del-adulto-mayor>.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2022). Más de 2.700 personas son centenarias en Ecuador según el Censo. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/search/Poblacion+A/page/4/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023). Ciencia y tecnología: Cuadro resumen. México: INEGI. Recuperado el 23 de mayo del 2024, de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=19007>
- Kosminsky, P. (2017). Techniques of Grief Therapy: Assessment and Intervention. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 75(3), 300–305. <https://doi.org/10.1177/0030222816663410>
- Maier, W., Buller, R., Philipp, M., & Heuser, I. (1988). The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 14(1), 61-68.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2022). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide* (2nd ed.). Guilford Press.
- Melipillá, R., Cova, F., Rincón, P., & Valdivia, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia Psicológica*, 59-59.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (2002). Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 37-74. <https://doi.org/10.1093/schbul/24.1.37>

- Organización Mundial de la Salud (octubre de 2022). *Envejecimiento y salud*. Recuperado el 27 de abril de 2022 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020, septiembre 30). Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10*. Madrid: Panamericana.
- Picerno, P. (2012). *Las ciencias psicológicas y la investigación científica - Proceso modelo de comunicación, métodos y técnicas*. Quito - Ecuador.
- Puerta J., y. P. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresion: Una revisión del estado del arte. *redaly* , 252-253.
- Sagbay Coronel, M. E., & Ramírez Coronel, A. A. (2023). Propiedades psicométricas del mini examen del estado mental: revisión sistemática. *ConcienciaDigital*, 6(1.1), 120–132. <https://doi.org/10.33262/concienciadigital.v6i1.1.2482>
- Salgado Cedano, Y. K., Andrade Palos, P., Hernández Galván, A., López-Fuentes, N. I. G.-A., Díaz Loving, R., & Velasco Rojano, Á. E. (2024). Validación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en adultos mayores mexicanos. *Informes Psicológicos*, 24(1). <https://doi.org/10.18566/infpsic.v24n1a08>
- Sanz, Gutiérrez, Gesteira, & -Vera, G. (2014). *Criterios y Baremos para Interpretar las Puntuaciones en la Adaptación Española Del “Inventario De Depresión De Beck-II”*. Obtenido de <https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/>
- Soler-König, G. F., Sáenz, V. P., Caruso, D., Reyes-Toso, M. L., Elizondo, C. M., & Lesende, I. M. (2016). Validación transcultural y confiabilidad telefónica dl cuestionario “Vida diaria dl anciano” modificado. *Medicina*, 76(3), 153–158.
- Stefani, Dorina. (2004). Género y afrontamiento en la vejez. *Interdisciplinaria*, (esp), 109-125. Recuperado en 9 de mayo de 2024, de Haga clic aquí para escribir texto.http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272004000300008&lng=es&tlng=pt.

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9).

Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *Omega: Journal of Death and Dying*, 61(4), 273–289. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>

Vargas Sanabria, M., Carlos Vega Chaves, J., Montero Solano, G., & Hernández Romero, G. (2017). *RESUMEN*. 34(1).

Yoffe, L. (2013). Nuevas concepciones sobre los duelos por pérdida de seres queridos. *Avances En Psicología*, 21(2), 129–153. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2013.v21n2.281>