

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Psicología



TESIS

INFLUENCIA DEL PROGRAMA “VOLVER A VIVIR” EN LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN UN CENTRO DEL ADULTO MAYOR, LIMA – 2018

Para optar : Título Profesional de Psicóloga

Autora : Bachiller Justina Ramos Bernabé

Asesora : Dra. Norma Agripina Sihuay Maraví

Línea de Investigación Institucional: Salud y gestión de la salud

Fecha de inicio y término: Agosto 2018 – Diciembre 2020

Lima – Perú

2021

DEDICATORIA

A Dios

Por brindarme la suficiente sabiduría y fortaleza para lograr el desarrollo de este proyecto y hacer realidad uno de mis sueños.

A mis padres

En memoria de mis padres, quienes han sabido formarme con principios y valores, dándome el ejemplo de trabajo y honradez.

A mis hijos

A mi hija querida Liz por su cariño y comprensión, su apoyo económico y moral. A mi hijo Sergio por su confianza y ayuda, preocupándose por darme tiempo para mis estudios.

A mi universidad

Mi alma mater que me brindó todas las herramientas para lograr el éxito. A mis maestros catedráticos, quienes fueron grandes mentores para mí, me apoyaron incondicionalmente con su profesionalismo, de quienes admiro su capacidad y calidad humana.

Justina.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a Dios por haber permitido alcanzar mi meta.

De igual manera mis agradecimientos al Dr. Ramón Vera Cortegana - Jefe del Departamento de Psicología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – ESSALUD y a mis mentores los psicólogos de las especialidades del mismo hospital, por haberme instruido durante el internado.

Mi profundo agradecimiento al Sub-Gerente de Desarrollo Humano y Participación Ciudadana de la Municipalidad distrital de Santa Anita-Lima, Sr. Alvaro Renzo Mata Jaco, por confiar en mí y permitirme realizar el proceso de investigación del “Programa Volver a Vivir” en el Centro Integral del Adulto Mayor.

Asimismo, agradecer a las personas de la tercera edad por su apoyo y confianza en el proceso de investigación, quienes fueron la razón de ser de este proyecto.

Finalmente, mi sincero agradecimiento a la Dra. Norma Sihuay, asesora de la UPLA, quien ha sido la supervisora de este proyecto que hoy logro culminar con éxito.

Justina

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con las investigaciones tanto a nivel nacional, como a nivel internacional un buen porcentaje de personas de la tercera edad padecen algún tipo de patología neuropsiquiátrica. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), reportó que alrededor del 20% de la población senil mayores de 60 años presenta algún trastorno psicológico y/o psiquiátricos, de los cuales prevalecen la demencia y los trastornos depresivos, los cuales van en un incremento preocupante.

Actualmente, tanto a nivel nacional como internacional, estamos cursando un proceso de transición demográfica, por lo que queda en evidencia que la pirámide poblacional se va invirtiendo, configurándose una base angosta y una cúspide más ancha. Esto trae como implicancias que se va dando un “envejecimiento poblacional”, de tal manera que de acuerdo con las cifras estimadas por la OMS (2017) se presume que bordeando el año 2050 la población senil mayores a los 60 años de edad pase de un 12% a un 22%, lo cual significa casi una duplicación de ese fenómeno demográfico. Asimismo, describe que el 6,6% de los años de vida perdidos asociados a discapacidad (AVAD) en personas mayores a 60 años, precisándose que se debe a la presencia de trastornos neuropsiquiátricos. En base a lo descrito anteriormente, resulta de interés y prioridad abordar aspectos vinculados a la salud mental y el bienestar emocional en la población que constituyen los adultos mayores.

Por las consideraciones mencionadas, el estudio tuvo como principal finalidad el determinar los efectos del programa de intervención “Volver a Vivir” sobre los niveles de depresión en los adultos mayores de una institución dedicada a la atención de los Adultos Mayores de la ciudad de Lima. Para tal efecto se trabajó con una intervención de autoría propia de la investigadora, validado por juicio de expertos, cuyo fundamento estuvo guiado por las técnicas terapéuticas del enfoque cognitivo conductual.

Para tal efecto, el trabajo de investigación se divide en cinco capítulos bien definidos y completamente establecidos de acuerdo a las indicaciones formuladas en el reglamento general de investigación de la Universidad Peruana Los Andes (UPLA); el primer capítulo, denominado Planteamiento del Problema, considera la fundamentación de la realidad problemática en el contexto internacional, nacional y local; luego se realizó la descripción y delimitación del problema, pasando luego a la formulación del problema, seguidamente la justificación del estudio, para luego terminar con la formulación de los objetivos general y específicos.

El segundo capítulo se orienta a la presentación del Marco Teórico, el cual comprende la presentación y descripción de los antecedentes internacionales, nacionales y locales; también se considera la base teórica de las variables y sus dimensiones, para luego terminar con la descripción del marco conceptual de las variables de estudio.

En el tercer capítulo se formula tanto la hipótesis general, como las específicas, pasando luego a describir la definición conceptual y operacional de la variable dependiente e independiente.

El cuarto capítulo está orientado a la presentación del aspecto metodológico del trabajo de investigación, que por muchos es considerado como la parte medular del estudio científico; en esta parte se considera la descripción de los aspectos metodológicos del trabajo; de forma detallada se pasa a describir el método utilizado, el tipo de investigación, así como el nivel y diseño de investigación. En este apartado también se presentaron la población total, la cantidad de la muestra, el tipo de muestreo, los criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra, así como los instrumentos utilizados en la recolección de datos sobre la variable dependiente. Se incluyen también las diferentes técnicas de procesamiento y análisis de datos, para luego culminar con la descripción de los aspectos éticos del trabajo de investigación, teniendo en cuenta las consideraciones éticas en

el trabajo de investigación, estipuladas en el reglamento general de la Universidad Peruana Los Andes.

En el quinto capítulo se presenta los resultados de la investigación, pasando a describir las tablas y figuras estadísticas para una mejor comprensión de los resultados; se muestra, así mismo, el procedimiento a seguir para la validación de la hipótesis general y específicas.

Posteriormente se muestra la discusión, que contiene la precisión del objetivo logrado, es decir los conocimientos nuevos, luego la confrontación de los resultados obtenidos con las teorías que sirvieron de base para hacer el estudio y que aparecen en las bases teóricas del segundo capítulo y también la concordancia o discrepancia de los resultados de la investigación concluida con los resultados de otras investigaciones realizadas anteriormente. Se culmina el informe final de tesis con la redacción de las conclusiones del estudio, las recomendaciones pertinentes en función a los resultados obtenidos, así como las referencias bibliográficas de los materiales consultados. El informe final culmina con la presentación de los anexos exigidos en el reglamento general de investigación actualizado de la UPLA.

CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
INTRODUCCIÓN	iv
CONTENIDO	vii
CONTENIDO DE TABLAS	x
CONTENIDO DE FIGURAS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1 Descripción de la realidad problemática	14
1.2 Delimitación del problema	17
1.3 Formulación del problema	18
1.4 Justificación	18
1.5 Objetivos	20
1.5.1 Objetivo general	20
1.5.2 Objetivos específicos.....	20
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	21
2.1 Antecedentes de la investigación	21
2.2 Bases Teóricas	28
2.3 Marco conceptual	46

CAPITULO III. HIPÓTESIS	53
3.1 Hipótesis general	53
3.2 Hipótesis Específica	53
3.3 Variables	53
CAPITULO IV. METODOLOGÍA.....	55
4.1 Método de investigación.....	55
4.1 Tipo de Investigación	55
4.2 Nivel de Investigación	55
4.3 Diseño de la Investigación.....	55
4.4 Población y muestra	56
4.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	58
4.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.	63
4.7 Aspectos éticos de la Investigación.....	63
CAPÍTULO V. RESULTADOS	65
5.1 Descripción de resultados	65
5.2 Contrastación de hipótesis.....	67
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	74
CONCLUSIONES.....	80
ANEXOS.....	94
Anexo 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA	95
Anexo 02: MATRIZ OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	96
Anexo 03: MATRIZ OPERACIONALIZACIÓN DEL INSTRUMENTO	98

Anexo 04: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	99
Anexo 06: CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	101
Anexo 07: BASE DE DATOS	106
Anexo 08: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD	110
Anexo 09: COMPROMISO DE AUTORÍA	111
Anexo 10: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	112
Anexo 11: FOTOS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA	117
Anexo 12: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: “VOLVER A VIVIR”	122

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1.- <i>Juicio de Expertos – Escala geriátrica de depresión de Yesavage</i>	62
Tabla 2.- <i>Juicio de Expertos – Programa “Volver a Vivir”</i>	62
Tabla 3.- <i>Niveles de depresión de los adultos mayores antes de la aplicación del programa “Volver a Vivir”</i>	65
Tabla 4.- <i>Niveles de depresión de adultos mayores después de la aplicación del programa “Volver a Vivir”</i>	66
Tabla 5.- <i>Cuadro comparativo de niveles de depresión en adultos mayores antes y después de la aplicación del programa “Volver a Vivir”</i>	67
Tabla 6.- <i>Prueba de normalidad Shapiro-Wilk: Pre y Post Test</i>	68
Tabla 7.- <i>Prueba de McNemar para muestras relacionadas Pre y Post Test</i>	69
Tabla 8.- <i>Prueba de normalidad Shapiro-Wilk: Pre y Post Test dimensión desesperanza</i>	70
Tabla 9.- <i>Prueba de McNemar para muestras relacionadas Pre y Postest dimensión desesperanza</i>	71
Tabla 10.- <i>Prueba de normalidad dimensión estado de ánimo deprimido pre y postest</i>	72
Tabla 11.- <i>Prueba de McNemar para muestras relacionadas Pre y Postest dimensión Estado de Ánimo deprimido</i>	73

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1.- <i>Niveles de depresión de adultos mayores antes de la aplicación del programa “Volver a Vivir”</i>	65
Figura 2.- <i>Niveles de depresión de adultos mayores después de la aplicación del programa “Volver a Vivir”</i>	66
Figura 3.- <i>Gráfico de prueba de normalidad del Pre Test</i>	68
Figura 4.- <i>Gráfico de prueba de normalidad del Post Test</i>	69

RESUMEN

El estudio se orientó a determinar la influencia del Programa “Volver a Vivir” sobre la depresión geriátrica en un grupo de personas ancianas de un Centro de Atención al Adulto Mayor, Lima – 2018; en el estudio participaron activamente de principio a fin un total de 20 adultos mayores entre varones y mujeres, seleccionados mediante el muestreo no probabilístico intencional. El método utilizado fue el científico, de tipo aplicada, nivel explicativo y diseño preexperimental. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica abreviada de Yesavage, la intervención psicológica fue posible mediante el desarrollo del Programa “Volver a Vivir” diseñado por la autora de la tesis de pregrado. Los principales resultados indican que el mayor porcentaje de adultos mayores corresponden a las mujeres (65%); el grupo etario prevalente es el que corresponde al intervalo de 60 a 69 años, el cual representa el 70% de los adultos mayores. Se observó que, antes de la aplicación del programa “Volver a Vivir”, el 80% presentan nivel leve de depresión, el 20% presentó nivel severo de depresión geriátrica. Después de la aplicación del programa “Volver a Vivir” se percibe que el 70% presentan un nivel normal, es decir no presentan sintomatología depresiva y el 30% presentan un nivel leve de depresión. En relación a la estadística inferencial, el p-valor obtenido fue menor al valor alfa de 0.05. De ello se concluye que existe diferencia significativa en los niveles de depresión geriátrica antes y después de la aplicación del programa de intervención psicológica “Volver a vivir”. En ese sentido, se recomienda difundir la aplicación de talleres de intervención como el programa “Volver a Vivir” o similares que van dirigidos a la mejora del bienestar emocional de los adultos mayores.

Palabras clave: Depresión; dimensión desesperanza; dimensión estado de ánimo; adulto mayor; programa “Volver a vivir”.

ABSTRACT

The study was aimed at determining the influence of the Program "Volver a Vivir" on geriatric depression in a group of elderly people from a Center for the Care of the Elderly, Lima - 2018; A total of 20 older adults between men and women participated actively in the study from beginning to end, selected by intentional non-probabilistic sampling. The method used was the scientific, applied type, explanatory level and pre-experimental design. For the data collection, the abbreviated Yesavage Geriatric Depression Scale was used; psychological intervention was possible through the development of the "Back to Living" Program designed by the author of the undergraduate thesis. The main results indicate that the highest percentage of older adults correspond to women (65%); the prevalent age group is the one that corresponds to the 60-69 age range, which represents 70% of older adults. It was observed that, before the application of the program "Volver a Vivir", 80% presented a mild level of depression, 20% presented a severe level of geriatric depression. After applying the "Back to Living" program, it is perceived that 70% present a normal level, that is, they do not present depressive symptoms and 30% present a mild level of depression. In relation to inferential statistics, the p-value obtained was less than the alpha value of 0.05. From this, it is concluded that there is a significant difference in the levels of geriatric depression before and after the application of the psychological intervention program "Going back to life." In this sense, it is recommended to disseminate the application of intervention workshops such as the "Volver a Vivir" program or similar ones that are aimed at improving the emotional well-being of older adults.

Keywords: Depression; Hopelessness dimension; mood dimension; Elderly; "Live again" program.

CAPÍTULO I.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El máximo ente regulador de la salud a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que en las últimas décadas el porcentaje de adultos mayores va en aumento a nivel de todos los países del mundo, calculándose que al 2050 alcanzará del 12 al 22% de la población total; ello ocasionaría un aumento de casos de adultos mayores con problemas físicos o mentales, los cuales requerirían asistencia y su urgente atención (OMS, 2017).

Según reportes estadísticos del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), en nuestro país, el número de ancianos se incrementa de manera considerable y alarmante, lo cual es una creciente preocupación para las entidades de atención gerontológica, tanto estatales como particulares; se informó también que el grupo etario de 65 años a más es la que mayor incremento experimentará en los próximos 25 años, de manera análoga a lo reportado por la OMS, se indicó que al año 2050 se bordeará a los casi 6.5 millones de adultos mayores, de los cuales el mayor porcentaje corresponderá al género femenino (MIMP, 2013).

Teniendo en cuenta estas alarmantes estadísticas a nivel nacional e internacional, se deben implementar políticas públicas y lineamientos de intervención psicoeducativa orientadas a promover los estilos de vida saludables y prevenir los diversos trastornos gerontológicos degenerativos. Estudios reportan que casi la cuarta parte de las personas

que sobrepasan los 60 años de edad padecen de alguna enfermedad mental o neuronal, y que el 6,6% de la discapacidad senil se atribuye a las enfermedades mentales y del sistema nervioso (OMS, 2017). También se indica que los trastornos de la demencia y la depresión son los más comunes entre las personas de este grupo etario (OMS, 2013).

La depresión o trastorno depresivo no solo se refleja a través de estados afectivos de tristeza y melancolía, sino involucra una serie de síntomas y signos que necesitan ser abordados de manera urgente y necesaria, por los efectos nocivos que genera en la salud mental de la población en general y de los ancianos en particular. Muy por el contrario, a las creencias populares, la depresión no es una enfermedad propia de los adultos mayores y su edad. Se ha comprobado que la sintomatología depresiva es un trastorno que puede ser abordado terapéuticamente con la finalidad de revertir sus efectos colaterales en el sujeto que la padece; si este trastorno no es tratado oportunamente entre las personas de la tercera edad, puede desencadenar en una serie de síntomas de deterioro físico, emocional, familiar y social, incluso puede provocar riesgo suicida entre estas personas que la padecen (Kurlowicz, 2000; Greenberg, 2012).

En nuestro país, a través de las diversas organizaciones estatales y particulares se viene implementando normas y reglamentos técnicos de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores, priorizando las actividades de prevención y promoción de la salud mental; sin embargo, este trastorno neuropsicológico no es abordado en su total dimensión; además los síntomas de este trastorno son ignorados por considerarse como un trastorno degenerativo, al mismo tiempo que éstos coinciden con otros problemas propios de la tercera edad (MINSA, 2010).

En relación a esta problemática, la estrategia denominada “Cuidado integral de salud mental de las personas adultas mayores”, evidencia la necesidad de implementar espacios de encuentro de las personas adultas mayores y programas de intervención a

nivel preventivo, promocional y recuperativos orientadas a fortalecer los estilos de vida saludables entre las personas de este grupo etario; por ello el c en el Perú promueve la atención integral de salud de estas personas, a fin de conseguir el bienestar físico, psicológico y social, mediante los Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental (MINSa, 2018).

El equipo multidisciplinario de las diversas instituciones de salud, de la cual forma parte un profesional psicólogo, trabajan arduamente para brindar una atención de calidad orientada a fomentar el bienestar y la calidad de vida del adulto mayor; así mismo, los profesionales de la salud mental, entre ellos el psicólogo profesional interactúa con el adulto mayor y sus familiares, fomentando una calidad de vida saludable. De esta manera el psicólogo brindará soporte emocional y es quien fortalece el manejo de la autoestima y cambio de estilo de vida para disminuir la depresión.

Podemos decir que algunas personas sufren un cuadro de depresión, al tener complicaciones de enfermedades, asociadas a la comorbilidad en el adulto mayor. La forma más frecuente de manifestación de la depresión se vincula a estados de: tristeza, decaimiento, la pérdida de interés, la sensación de incapacidad para afrontar las actividades que anteriormente eran placenteras. Es por ello que se considera de suma importancia estudiar, investigar, analizar y brindar estrategias para superar la depresión, con la intención de fortalecer las habilidades y capacidades cognitivas y afectivas para hacer frente a las adversidades que el adulto mayor tiene que enfrentar en su vida diaria (MINSa, 2001).

En el Perú, los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM) son regentados por un Municipio, y desarrollan actividades orientadas a gestionar, promover, coordinar y proveer una atención de calidad enfatizando el aspecto no solo físico sino psicológico emocional que contribuya con su bienestar emocional. Estos

espacios son esenciales para favorecer la participación de este grupo etario, desarrollar intervenciones preventivas en relación a las comorbilidades más frecuentes, realizar actividades recreativas y promover talleres de cuidado de la salud mental.

En base a lo mencionado, esta investigación tomó en cuenta cada una de las consideraciones expuestas y sus respectivas terapias para enfrentar y dar solución a esta problemática de actualidad. Asimismo, promover el apoyo emocional cognitivo y práctico acompañando en el proceso de envejecimiento y brindándole motivación a los adultos mayores para mirar la vida positivamente, haciéndoles comprender que las circunstancias que afrontan responden a factores naturales y adaptativos que todo ser humano experimenta al final del desarrollo humano.

1.2 Delimitación del problema.

Delimitación espacial:

La investigación de tipo experimental se llevó a cabo en las instalaciones del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, ubicado en el Parque Lampa De Oro - Coop. Chancas De Andahuaylas, en el distrito de Santa Anita - Lima Metropolitana.

Delimitación temporal:

El desarrollo de la investigación tuvo una duración de un año. Desde agosto del 2018 con la presentación y aprobación del proyecto de investigación, dándose por terminado en diciembre del 2020 con la presentación y aprobación del informe final de investigación.

Delimitación temática:

La investigación comprende aspectos estrictamente vinculados a los niveles de depresión en el grupo etario de adultos mayores, explicados por mediciones cuantitativas objetivas de la variable de interés en dos momentos, considerándose en primera instancia una medición basal para conocimiento del diagnóstico situacional

y una medición final posterior a la intervención psicológica programa “Volver a Vivir”, de autoría propia de la investigadora, que tomó en cuenta la propuesta del modelo cognitivo de la depresión de Aaron Beck.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema general

¿Cuál es la influencia del programa “Volver a Vivir” en la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima -2018?

1.3.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es la influencia del programa “Volver a Vivir” en la dimensión desesperanza de la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima - 2018?
- ¿Cuál es la influencia del programa “Volver a Vivir” en la dimensión estado de ánimo deprimido de la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima -2018?

1.4 Justificación

Las diversas investigaciones en temas de gerontología indican que la esperanza de vida en nuestro país se incrementará en los próximos años, así como, el creciente número de personas mayores de 60 años; lo cual justifica la necesidad de prestar especial interés a este grupo etario por tratarse de una población vulnerable a cambios fisiológicos, aspectos familiares, sociales y económicos.

1.4.1 Teórica

Los adultos mayores en nuestro país son considerados como un grupo etario altamente susceptible a padecer con facilidad de los trastornos depresivos debido a que existen varios factores asociados que los hacen proclives a ser parte de estos problemas. En este sentido, es preciso mencionar la existencia de comorbilidades,

el menor grado de independencia por la menor movilidad, fragilidad o necesidad de asistencia, la disminución del nivel socioeconómico y que un grupo considerable suele ser víctima de maltrato en su núcleo familiar.

El reconocimiento oportuno de este padecimiento en el grupo de adultos mayores, es de suma importancia, dado que en muchos casos pasa desapercibido. Por lo que el estudio y aplicación de intervenciones psicosociales y el abordaje de la salud mental, pueden ser considerados como el punto de quiebre para las actividades de prevención de los trastornos neuropsicológico y la promoción de los estilos de vida saludables, convirtiéndose en un pilar fundamental para el trabajo local en la población, de manera que se ejerza una asistencia imprescindible a nivel comunitario.

En base a lo descrito, resulta de especial interés abordar en nuestro medio la valoración a nivel local (comunitario) de programas preventivos promocionales en salud mental, especialmente en trastornos depresivos, en el grupo vulnerable de los adultos mayores.

1.4.2 Social

En nuestro medio existe una significativa brecha de una data estadística elevada sobre la incidencia de trastornos psicológicos de la depresión y la ansiedad, lo cual condiciona la falta de un conocimiento situacional dinámico de estos trastornos, que cada vez se convierten en los principales temas de preocupación sobre la salud pública y por ende limitan poder establecer y poner en marcha medidas preventivo-promocionales con una buena efectividad. En base a lo descrito, el estudio busca aportar a nivel local, en base a la evidencia, en el campo del estudio de la salud mental en el grupo etario de adultos mayores, específicamente en el abordaje de trastornos depresivos. Asimismo, los resultados

servirán de base para la implementación de medidas preventivas o intervenciones específicas que ayuden al desarrollo personal del adulto mayor y entendimiento del problema a las familias cercanas.

1.4.3 Metodológica

El estudio proporciona información esencial para el desarrollo de la metodología y desarrollo de intervenciones que buscan abordar la problemática señalada. Se provee datos que serán útiles para nuevos estudios de mayor escala y niveles de diseño de investigación en base a la evidencia. Asimismo, el estudio permitió demostrar la estrecha relación que existe entre el nivel de depresión y la terapia cognitiva en el tratamiento de estos trastornos. El instrumento utilizado fue la Escala de Yesavage para depresión Geriátrica GDS-15, el que cuenta con la suficiente validez y confiabilidad. La propuesta del programa de intervención psicológica “Volver a vivir” tomó en cuenta los postulados teóricos del modelo cognitivo de la depresión planteado por Aaron Beck.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar la influencia del programa “Volver a Vivir” en la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima -2018.

1.5.2 Objetivos específicos

- Determinar la influencia del programa “Volver a vivir” en la dimensión desesperanza de la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima - 2018.
- Determinar la influencia del programa “Volver a vivir” en la dimensión estado de ánimo deprimido de la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima -2018.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Internacionales

Segurola (2019), realizó una investigación en la que se formuló como objetivo: Diseñar y desarrollar una intervención psicoeducativa orientado a prevenir los niveles de depresión en un grupo de ancianos con factores de riesgo en Navarra, España. Se desarrolló en individuos con una edad de 65 años o más que acuden al Centro de Salud San Juan en sesiones de un máximo de 15 participantes y se consideró un total de 6 sesiones para la propuesta de programa de intervención; asimismo, se consideró como instrumento de medición a la escala geriátrica de depresión de Yesavage. La metodología utilizada se basó en las revisiones bibliográficas de diversas bases de datos sobre la depresión en ancianos y su consiguiente prevención; a su vez, se recopiló información sobre las estrategias de afrontamiento más efectivas ante los cambios que ocurren durante el proceso de envejecimiento. Se concluyó que el desarrollo del programa basado en el desarrollo de habilidades de afrontamiento activas resultó tener efecto en la prevención de la depresión; asimismo, encontró que la adopción de un estilo de vida saludable ha resultado ser un poderoso factor de protección para la salud mental de los adultos mayores.

Guillén, Bueno, Gutiérrez & Guerra (2018) publicaron un trabajo científico cuyo objetivo fue analizar y describir los efectos de un programa de intervención comunitaria

basado en la práctica de actividades psicomotrices orientadas a la disminución de los niveles de depresión en personas de edad senil en la provincia de Cienfuegos, Cuba. La muestra estuvo conformada por 111 ancianos de ambos sexos; se realizó una investigación de tipo aplicativo, nivel explicativo y un diseño cuasi experimental, con pre y post test, grupo control y grupo experimental. Para la recopilación de datos en el pre y post test se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage; el tratamiento fue realizado mediante un programa de intervención de tres sesiones a la semana por un periodo de 18 semanas. Los autores hallaron que en el pre test se observó una mayor acumulación en la categoría de depresión moderada; mientras que en el post test hubo una baja considerable en la frecuencia de adultos mayores con la categoría de depresión moderada. Se concluyó que el bienestar y la depresión en adultos mayores mejoraron de manera significativa tras la aplicación de la propuesta de intervención.

López (2018), en un país centroamericano realizó un trabajo de investigación con el objetivo de establecer los efectos del arte terapia en los niveles de la depresión de un grupo de ancianos; para ello se trabajó con un total de 25 personas de la tercera edad, recopilando la información a través de un instrumento psicológico debidamente adaptado y estandarizado. También se utilizó el programa de intervención “Mis Años Dorados” que comprendió 10 sesiones estructuradas. El estudio fue de tipo aplicada, nivel explicativo, diseño cuasi experimental con diseño de pre y post test, con un grupo control y otro experimental. El autor reportó que en el pre test se observó un predominio de la categoría de depresión moderada, mientras que en el post test se consideró una media de valor grupal correspondiente a la categoría de depresión leve. Se concluyó que el Programa de intervención psicológica de Arte -Terapia es un método eficaz, funcional y dinámico para la disminución de los niveles de depresión de las personas de la tercera edad.

Sims, Ramírez, Pérez & Gómez (2017), en la ciudad de La Habana, Cuba publicaron un trabajo de investigación con el objetivo de establecer la influencia de un programa de intervención psicológica sobre los niveles de depresión de un grupo de ancianos de la Casa de abuelos “Dr. Diego Tamayo Figueredo”, de Puerto Padre, Cuba. Para tal efecto se utilizó un total de 12 adultos mayores y para la recolección de datos se utilizó un instrumento válido y confiable; para la intervención se utilizó un programa psicológico basado en el modelo cognitivo-conductual de Beck que constó de 9 sesiones. Los resultados iniciales indican que 83,3% presentaron una categoría de depresión establecida y el 16,7% restante un grado leve de depresión; mientras que posterior a la intervención se observó que el 8,3% se encontró en la categoría de depresión establecida, un 75% en la categoría de depresión leve y el restante 16,7% no aplicaba para categorizarlo como cuadro depresivo. Como conclusión, los autores reportaron que el programa de intervención psicológica logró disminuir los niveles altos de depresión, hasta los niveles leves y en otros casos hasta se llegó a eliminar los niveles de depresión.

Bonifaz (2015), publicó un trabajo de investigación titulado: “*Intervención para depresión geriátrica: Aplicación de Musicoterapia*”. El objetivo general formulado fue: Determinar el efecto de la musicoterapia en los niveles de depresión en un grupo de ancianos de la Fundación Damas Corazones Solidarios. Se trabajó con un total de 10 ancianos de ambos sexos entre los 67 y los 87 años de edad; el trabajo fue de enfoque cuantitativo, ya que permitió obtener información numérica, con diseño experimental pre y post-test, con grupo control y grupo experimental. Se obtuvo resultados favorables y significativos, por lo que se concluye que la musicoterapia tiene efectos positivos en la disminución de los niveles de depresión de los adultos mayores. También se halló que

la musicoterapia es una de las diversas técnicas empleadas en la intervención de tratamientos de depresión en adultos mayores.

Sales, Pardo, Mayordomo, Satorres & Meléndez (2015), en Madrid, España publicaron un trabajo de investigación titulado: *“Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas”*. El objetivo formulado fue: analizar y demostrar la efectividad de un programa de intervención basado en la reestructuración cognitiva sobre los niveles de depresión geriátrica de un grupo de ancianos institucionalizados. Fue un estudio bajo el diseño cuasi experimental con grupo control y grupo experimental, de pre y post test; con sujetos de la tercera edad entre los 85 y 93 años de edad, de ambos sexos. La conclusión arribada indica que esta terapia tuvo resultados positivos en la reducción de los niveles de depresión en un grupo de personas de la tercera edad institucionalizados en un centro del adulto mayor de la ciudad de Quito.

Toapanta (2015), en la ciudad de Ambato, Ecuador, publicó un trabajo de investigación titulado: *“Programa de recreación para disminuir la escala de depresión de los adultos mayores en el hogar de ancianos del Instituto Estupiñan”*. El objetivo fue: Determinar los efectos de un programa recreativo basado en el relajamiento mental y muscular sobre los niveles depresivos de un grupo de ancianos de un asilo de Ecuador. Se trabajó con un total de 60 ancianos entre varones y mujeres mayores de 60 años de edad, a quienes se les administró un instrumento válido y confiable que evalúa los niveles de depresión gerontológica. Se halló que el 80% de los ancianos poseen depresión moderada, el 10% no sufre depresión. Con el estudio se demostró que las actividades recreativas tienen efectos positivos sobre los niveles de la depresión geriátrica en el 100% de los casos.

2.1.2 Nacionales

Lanza (2018), publicó el trabajo rotulado: *“Terapia cognitivo conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno, marzo – mayo 2017”*; el objetivo general fue: Determinar los efectos de la terapia cognitivo conductual en la disminución de los niveles de depresión en un grupo de pacientes de la tercera edad, hospitalizados en un nosocomio de la ciudad de Puno. El estudio fue desarrollado con la participación de 40 ancianos de ambos sexos (20 para grupo control y 20 para grupo experimental); la recopilación de datos fue a través de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. El autor reportó que el mayor porcentaje de ellos son mujeres (54,8%). Mas de las tres cuartas partes de los ancianos participantes del programa (77,9%) presentan altos niveles de depresión. En la conclusión se indica que el uso de la terapia cognitivo conductual disminuyó significativamente los niveles de depresión de los ancianos del grupo experimental, no así en los ancianos del grupo control.

Licas (2015), publicó un estudio titulado: *“Nivel de Depresión del Adulto mayor en un Centro de Atención Integral S.J.M - V.M.T 2014”*, el objetivo de la investigación fue describir los niveles de depresión en un grupo de ancianos de un centro del adulto mayor de la ciudad de Lima; para tal efecto se trabajó con una muestra de 73 ancianos entre varones y mujeres, mayores de 60 años, elegidos mediante el tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple. Para la recopilación de datos se empleó un instrumento suficientemente válido y confiable (Escala de Yesavage); la conclusión indica los ancianos evaluados presentan un nivel de depresión entre moderado y alto en los grupos etarios de 65 a 69 años, por lo que se recomiendan diseñar estrategias de abordaje y realizar intervenciones a fin de disminuir el nivel de depresión.

Montenegro & Santisteban (2016), en la ciudad de Pimentel, publicaron una tesis titulada: *“Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro Poblado Los Coronados Mochumí – Lambayeque – 2016”*. Las autoras se formularon como objetivo general lo siguiente: Determinar los diversos factores psicosociales que están asociados a los niveles de depresión prevalentes en un grupo de personas seniles del Centro Poblado “Los Coronados” Mochumí - Lambayeque. La muestra estuvo conformada por 36 ancianos entre varones y mujeres, a quienes se les administró instrumentos válidos y confiables que miden depresión y factores psicosociales. Los resultados indican que: el más de la mitad de los ancianos evaluados (55,6%) poseen más de 65 años de edad; el 38,9% son personas con secundaria completa; el 45,8% presentan un estado depresivo severo. La conclusión del trabajo indica que se observa una correlación positiva y significativa entre la depresión y los diversos factores psicosociales, hallado un p-valor menor a 0,05.

Soplin (2015), en la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, publicó un trabajo de investigación titulado: *“Efectos de la musicoterapia sobre el estado de ánimo de los adultos mayores, programa del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas – 2015”*. El objetivo general formulado fue: Establecer los efectos que tiene un programa de intervención basado en la musicoterapia sobre el estado de ánimo de un grupo de ancianos de un establecimiento gerontológico de Chachapoyas en el 2015. La muestra estuvo conformada por 20 ancianos mayores de 60 años de edad de ambos sexos, a quienes se les evaluó mediante una escala de valoración del estado de ánimo. Las conclusiones indican que el programa de intervención basado en la musicoterapia influye significativamente sobre el estado de ánimo, los sentimientos y el pensamiento de un grupo de ancianos de un centro gerontológico de la ciudad de Chachapoyas.

2.1.3 Locales

Angulo y Trujillo (2018) desarrollaron y publicaron un estudio científico que tuvo como título: *“Efectividad del taller de risoterapia denominado Magia en Acción Margrey en el control de la depresión del adulto mayor en el Centro Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro – 2016”*. Las autoras se formularon como objetivo general: Establecer los efectos de las sesiones de risoterapia “Magia en acción Margrey” en la disminución de los niveles de depresión en un grupo de ancianos en un centro geriátrico de la ciudad de Lima. La muestra lo conformaron 38 personas de la tercera edad, entre mujeres y varones, mayores de 60 años de edad. Los resultados indican que en el pre test el 10.5% posee una depresión de nivel leve, el 57.9% de nivel moderado y el 31.6% de nivel severa; mientras que en el post test se obtuvo que el 94.7% presentó depresión de nivel leve y el 5.3% depresión de nivel severo. Se concluye que la intervención psicoeducativa mediante un taller de riso terapia son altamente efectivos para la disminución de los niveles de depresión geriátrica.

Zavaleta (2018), publicó un trabajo de investigación cuya finalidad fue determinar la influencia que ejerce un programa de intervención para disminuir los niveles de depresión en un grupo de mujeres de la tercera edad en el distrito limeño de San Bartolo; la muestra estuvo constituida por 80 adultas mujeres con edades superiores a 65 años; el diseño fue un estudio cuasi experimental con grupo control y grupo experimental, de pre y post test; para a recolección de datos se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, con la suficiente validez y confiabilidad. Se concluye que la intervención psicológica a través del programa de intervención disminuyó significativamente sus niveles de depresión geriátrica, con relación al grupo control se observó que no hubo cambios significativos entre la aplicación del pre y el post test.

Caldas y Correa (2018) realizaron un estudio con el objetivo de establecer la asociación que existe entre los niveles de la depresión y el deterioro cognitivo en un grupo de ancianos de un centro geriátrico de la ciudad de Lima; para tal efecto se trabajó con un total de 30 ancianos entre los 70 y 89 años de edad, a quienes se les administró dos Escalas de medición, uno para evaluar los niveles de depresión geriátrica, y el otro para evaluar el estado de salud mental de los ancianos. La conclusión arribada indica que entre depresión y deterioro cognitivo no existe una relación significativa, dando a entender que una variable no interfiere sobre la otra variable.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Depresión

Muchos investigadores coinciden con que la reacción depresiva es un estado afectivo tan natural que prácticamente casi todos los seres humanos del planeta lo ha vivenciado en algún momento de su vida, más aún cuando se llega a la tercera edad, el cual se caracteriza por presentar estados de tristeza y melancolía por causas de pérdida o duelo circunstanciales; se ha observado muy frecuentemente que éstos sentimientos de tristeza suelen desaparecer con el paso del tiempo, sin embargo, cuando estos síntomas perduran a través del tiempo, suelen desencadenar en un trastorno afectivo conocido como depresión (Alonso, 2009).

En realidad, existen muchos conceptos que se da al término “depresión”. Por ejemplo, la OMS (2017), concibe la depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

Por su parte, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2018), plantea que: “la depresión es una enfermedad real, la cual conlleva un alto costo en términos de

problemas de relación, sufrimiento familiar y pérdida de productividad laboral; sin embargo, se considera como una enfermedad altamente tratable”.

Así mismo, en el Manual de Clasificación Diagnóstica de las Enfermedades Mentales (DSM-5) se indica que un episodio depresivo mayor es aquel que dura por lo menos 2 semanas ininterrumpidas, en el que se puede percibir un estado de ánimo disminuido, además de apatía e indiferencia por casi todas las actividades de su vida diaria; también es muy frecuente percibir modificaciones en el hábito de comer, las actividades del sueño, la actividad motora, pérdida de energía, déficit de atención y concentración, entre otros; muchos de ellos conducen incluso a la ideación suicida y/o conductas suicidas (APA, 2018).

Por otro lado, autores como Albrecht & Herrick (2007) indican que la depresión es un trastorno psicológico muy complejo y variado, porque es un trastorno multicausal, asociándolo incluso a trastornos biológicos como son, las alteraciones en la fluctuación de los niveles de funcionamiento de los neurotransmisores en el cerebro.

Como puede verse, de acuerdo con las diversas definiciones sobre el tema, la sintomatología depresiva impacta negativamente no solo en la calidad de vida de las personas que la padecen, sino que afecta a todo el sistema social mediato e inmediato del individuo que la padece (Danger, 2013).

2.2.2 Factores de riesgo de la depresión

Según Heinze & Camacho (2010), las reacciones depresivas poseen muchos factores causantes y desencadenantes; así tenemos las siguientes:

- Insomnio crónico
- Trastornos somáticos diversos o inexplicados, como son: migrañas, lumbalgias, neuralgias, etc.
- Enfermedades cardiovasculares agudos

- Trastornos físicos o psicológicos recientes
- Otros trastornos psiquiátricos.

Así mismo, Heinze & Camacho (2010), indican que “la depresión puede exacerbar el dolor y la angustia asociada con enfermedades físicas, así como afectar desfavorablemente los resultados de su tratamiento. Así mismo, el padecer depresión impacta sobre el funcionamiento social y ocupacional”.

Según Alonso (2009), “los factores de riesgo depresivo están integrados por una cadena de manifestaciones neurobiológicas que afectan a la neuroquímica, la neurofisiología, la neuroendocrinología y la neuroinmunología, y culmina en impactar sobre la plasticidad y la morfología de la población neuronal del hemisferio cerebral izquierdo, con sede en el sector dorsolateral del lóbulo prefrontal, la porción cingulada anterior, el hipotálamo, la amígdala y el hipocampo”.

Por su parte, Casanova, Delgado & Esteves (2009), refieren causas orgánicas, psicológicas y ambientales en la manifestación de síntomas depresivos, algunos de los cuales han sido manifestadas previamente. En diferentes investigaciones se ha llegado a demostrar la disminución de los principales neurotransmisores, como son los niveles de serotonina y noradrenalina, así como, un notable incremento del monoamino oxidasa B una enzima que cataliza la degradación de neurotransmisores y disminución de los niveles de ácido 5-hidroxiindolacético, sumándose a todo esto aspectos socioemocionales como son: la soledad, el abandono, la frustración, abandono de su proyecto de vida, pérdida de autoridad y prestigio, y como consecuencia de todo esto se sienten inútiles, como una carga para la propia familia.

Entre los principales factores que predisponen al establecimiento de los estados de depresión en los individuos son: la baja autoestima, falta de recursos para resolver

problemas de la vida cotidiana, escasas habilidades sociales, entre otros factores personales y/ sociales (Casanova et al., 2009).

2.2.3 Diagnóstico de la depresión

Estudios realizados acerca de la depresión indican que el diagnóstico del trastorno depresivo es incierto, toda vez que las pruebas de laboratorio y/o gabinete son incapaces de llegar con exactitud y precisión dicho trastorno; por lo que es necesario recurrir a las entrevistas estructuradas y semiestructuradas para arribar a conclusiones fehacientes de trastorno depresivo (APA, 2018). En todo caso, la alternativa de solución a estas falencias de indicadores de diagnóstico sería recurrir a los criterios indicados, tanto por el CIE-10 (Clasificación de Enfermedades, versión 10), como a los criterios del DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión V), los cuales serán suficientes para corroborar presencia o ausencia de depresión (Heinze & Camacho, 2010).

Muchas veces en el caso de los pacientes geriátricos los síntomas típicos del trastorno depresivo, como por ejemplo la disminución del estado de ánimo, pasan desapercibidos o son tomados como parte de las manifestaciones propias de su edad, toda vez que el anciano frecuentemente se queja de tristeza y melancolía, como manifestaciones cotidianas de su estado físico o emocional (APA, 2018).

Como consecuencia de todo esto, las manifestaciones del trastorno depresivo en la edad senil son muy difíciles de identificar con precisión y exactitud; de acuerdo con los criterios del CIE-10 y el DSM-V, para corroborar episodios depresivos graves se debe tener en cuenta la cantidad, duración y la intensidad de los síntomas, experimentados durante un mínimo periodo de tiempo; además, este trastorno se presenta de manera leve, moderada y o grave, según sea caracterizado por los signos y síntomas psicofisiológicos.

Los Trastornos Depresivos Leves tienen como principal manifestación la sensación de tristeza, disminución de la capacidad de disfrutar de situaciones agradables en la vida cotidiana, progresiva pérdida de interés por las actividades diarias, y un notable incremento de la fatigabilidad.

En los Trastornos Depresivos Moderados los síntomas más resaltantes son: marcada dificultad para desarrollar actividades laborales y sociales, con una sensación de pérdida de las fortalezas físicas y emocionales.

Mientras que en los Trastornos Depresivos Graves se percibe sensaciones intensas de angustia y agitación, sentimientos de culpa, notable disminución de la autoestima, entre otros síntomas (APA, 2018).

Stucchi, citado por Costa y Aguiñaga (1998), indica que los principales signos y síntomas de los trastornos depresivos son las siguientes:

- a) Notable disminución del estado de ánimo: es decir, la persona deprimida se encuentra triste casi todo el día, durante varios días a la semana, experimentados sin una razón real para ello.
- b) Desinterés y apatía por las actividades cotidianas: Las personas en estado depresivo son incapaces de disfrutar de actividades que antes les generaban placer y satisfacción.
- c) Sensación generalizada de inapetencia: las personas en estado depresivo suelen experimentar aumento o disminución del apetito, lo cual muchas veces conlleva a la pérdida de peso corporal.
- d) Notables alteraciones del sueño: la depresión suele generar disminución o incremento de la necesidad de dormir (insomnio o hipersomnio).
- e) Notable retardo psicomotor: Los trastornos depresivos suelen generar problemas de coordinación motora fina y gruesa, de lento caminar, etc.; sin embargo, también

pueden experimentar un notable aumento de su actividad motora, tanto fina como gruesa.

- f) Sentimientos de culpa o minusvalía: la persona en estado depresivo suele manifestar sentimiento de inferioridad, llegando incluso a la ideación suicida.
- g) Ideas de desesperanza y notable dificultad para concentrarse y tomar decisiones de su vida cotidiana.
- h) Ideación suicida: es muy frecuente que las personas en estado depresivo experimenten deseo de quitarse la vida, e incluso lleguen al suicidio consumado.

2.2.4 Adulto mayor

Existen muchas definiciones que se da al término “adulto mayor”, entre ellas rescatamos las siguientes:

La OMS (2015), indica que el término Adulto Mayor se designa a todo ser humano de 65 años a más; a partir del año 1984, este organismo establece el uso generalizado del término “adulto mayor” para referirse a todas las personas de 60 años a más, lo cual es adoptado por nuestro país a partir de 1985.

Por otro lado, en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento desarrollada por primera vez en la ciudad austriaca de Viena durante el año 1982, se acordó poner como límite los 60 años de edad para designar a una persona en edad senil o ancianidad (MIMP, 2013).

A diferencia de épocas pasadas, en la actualidad se considera a la vejez como una etapa de vida activa, lo que conduce al desarrollo de la autonomía y su consiguiente autorrealización; en el proceso de envejecimiento intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales, lo cual permitirá los signos y síntomas del proceso de envejecimiento (Casanova et al., 2009).

Muy a menudo se observan cambios en el estilo de vida personal y/o social, donde generalmente muestran dificultad para adaptarse e integrarse a estos cambios propios de esta etapa; se considera que este grupo etario posee un adecuado nivel de salud mental y bienestar físico cuando es capaz de enfrentar positivamente las modificaciones que se dan a nivel del organismo y en sus relaciones interpersonales cotidianas, con un alto grado de adaptación al medio ambiente, de aceptación y satisfacción personal (Millán, 2006).

Según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el Perú, durante el año 2013, la edad promedio de la población bordeaba los 25,5 años. Hoy por hoy, la población geriátrica de 60 años a más en el país representa el 12,7% de la población total; las regiones con mayor porcentaje de personas adultos mayores son: Moquegua con el 11,2%, Arequipa con el 11,1%, Callao con el 11%, Lima provincias con el 10,9%, Lima Metropolitana con el 10,8%, Lambayeque con el 10,6%, finalmente, la región Ica con el 10,5%, y Ancash con el 10,3% en cada caso (INEI, 2021); por otro lado, se precisa que las personas octogenarias en la actualidad están por encima de los 647 mil habitantes, de los cuales la gran mayoría son mujeres (56,4%) (INEI, 2020).

Una encuesta censal realizada por el INEI (2013) señala que: “En Lima Metropolitana la proporción de la población de adultos mayores es 10,4% mayor que en el Área Rural (9,8%) y el Área Urbana (8,5%); comparado dichos resultados con el trimestre abril-mayo-junio del año anterior por ámbito geográfico, se observa que la población de 60 a 79 años de edad se incrementó en Lima Metropolitana (0,4 punto 27 porcentual); en tanto, se redujo en el Área urbano (0,2 punto porcentual)” (INEI, 2016).

La legislación peruana viene implementando lineamientos y marcos normativos encaminadas a favorecer la calidad de vida de las personas en edad senil, cuya

preocupación principal es la de fomentar y establecer condiciones óptimas para el desarrollo de la población geriátrica. Estas políticas protectoras se ven cristalizadas con la publicación de la “Ley de la persona adulta mayor” Ley N° 30490, aprobada por el poder legislativo, con fecha 20 de julio del 2016 (CDR, 2016).

Como se sabe, el proceso del envejecimiento trae consigo diversos cambios fisiológicos, emocionales y hasta sociológicos, los cuales influyen en su forma de ver la vida de parte de los adultos mayores, así como en su forma de realizar las actividades cotidianas por el resto de su vida (MIMP, 2006).

Según indican Stanley y Blair (2009), la alteración de la salud física y mental estará en función a las relaciones interpersonales que experimenta en su medio ambiente, lo cual influirá a su vez en las actitudes de aceptación o rechazo hacia las personas de su alrededor; si su salud física y/o mental se ve afectada, tendrá serias dificultades para realizar sus actividades cotidianas (Stanley & Blair, 2009).

Según los diversos estudios realizados sobre el tema, los principales cambios experimentados en la ancianidad a nivel físico son: disminución de las funciones sensoriales y perceptivas, hipersensibilidad cutánea, osteoporosis, notable declinación de las fuerzas físicas, aparición de las canas como producto de la disminución de células productoras del pigmento melanina en el cabello, disminución de la estatura, atrofia de las glándulas sebáceas del rostro, endurecimiento de las paredes de las arterias, etc. (Stanley & Blair, 2009).

Entre las principales modificaciones a nivel psicológico en las personas de la tercera edad tenemos: acentuación de la memoria mediata y gran disminución de la memoria inmediata, incremento de la inteligencia cristalizada, modificaciones a nivel del carácter, así como sentimientos de inferioridad, miedo a la soledad, entre otros (Stanley & Blair, 2009).

2.2.5 Depresión en el adulto mayor

En un artículo científico publicado por Mercado, Oudhof & Robles (2014), indican que los trastornos depresivos durante la ancianidad, se convierten en un problema agudo de salud mental, ya que influye poderosamente en el nivel de funcionamiento físico y psicológico de la población geriátrica. Sin embargo, muchas veces se pasa por alto estas sintomatologías, ya que muy frecuentemente se las confunde con los cambios propios de su edad, es decir, los ancianos de manera natural también manifiestan sentimientos de pena y/o tristeza.

Durante la ancianidad, la depresión es considerada como uno de los motivos de citas médicas más frecuentes; sin embargo, este trastorno puede pasar inadvertido ya que en el envejecimiento natural es frecuente y normal que el estado afectivo decaiga, lo cual disminuye su actitud ante la sociedad; así mismo, se señala que los trastornos depresivos disminuyen la calidad de vida e incluso pueden desencadenar en una discapacidad física o mental; por todo ello, se debe considerar como de imperiosa necesidad su adecuado diagnóstico y oportuno tratamiento (Mercado et al., 2014).

Cada ser humano experimenta el proceso de envejecimiento de manera singular y distinta de las otras, en cuyo proceso influyen diversos factores de orden hereditario, fisiológico, estilo de vida, relaciones afectivas, entre otros. Por ello, Arriola, citado por Mercado et al. (2014), sostiene que todo ser humano de aproximadamente sesenta años a más se inicia en la etapa de la ancianidad, momento en el cual se observa una marcada disminución de las diversas funciones corporales.

El problema central que se presenta en todo ser humano que llega a la edad senil es la preocupación por adaptarse a esta nueva situación existencial; la sensación de inseguridad aumenta en la ancianidad. Esta inseguridad se ve reforzada por factores diversos como son: restricción del entorno social, dificultades económicas,

modificaciones en el estilo de vida, aislamiento, muerte de familiares y amigos, entre otros; a su vez estos fenómenos desencadenan en vivencias angustiantes, que se traducen en manifestaciones psicológicas como desconfianza, egoísmo, rigidez, entre otros (Crespo, 2011).

En esta etapa las relaciones interpersonales a nivel conyugal, filial, amical y las relaciones sociales en general se ven seriamente afectadas, llegando incluso a desarrollar trastornos psicológicos diversos, como la depresión. La proximidad de la muerte es percibida con tristeza y desasosiego, desencadenando en estados y trastornos depresivos, por todo ello la prevalencia de trastornos depresivos durante la vejez es muy alta. “En ocasiones envejecimiento y depresión tienden a confundirse y concatenarse” (Crespo, 2011).

Los objetivos, las preferencias y las prioridades motivacionales de los ancianos experimentan cambios notables, así es muy frecuente observar un cambio de perspectivas que va de lo material a lo más espiritual; por ello se afirma que es muy probable que estas actitudes cambiantes sean la consecuencia de la adaptación a la pérdida, mientras que otros indican que más bien se trata de un desarrollo psicológico sostenido en la edad avanzada (OMS, 2015).

Para la OMS (2015), “la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

Por otro lado, la reacción depresiva en la edad senil puede pasar fácilmente del nivel leve al moderado o incluso llegar al nivel grave, convirtiéndose en un síntoma recurrente, lo cual puede repercutir negativamente en el bienestar físico y mental del sujeto en edad senil, desencadenando incluso en el suicidio consumado o las conductas

suicidas. En su forma leve, este trastorno puede ser tratado sin necesidad de recurrir a los medicamentos, pero cuando se encuentra en su fase moderada o grave se debe recurrir a la farmacología y las intervenciones psicoterapéuticas especializadas (OMS, 2015).

En el año 2013 los médicos psiquiatras Rubén Alvarado y Macarena Moral, indicaron que los trastornos depresivos en personas de la tercera edad pueden agravarse hasta llegar al deterioro cognitivo e incluso a la demencia senil (MSCH, 2013).

2.2.6 Persona adulta depresiva

a) Concepto:

La persona adulta depresiva es aquella persona en edad senil que se caracteriza por poseer un elevado deterioro cognitivo, tiene disminuido sus niveles de raciocinio, permaneciendo frecuentemente perdido en tiempo y espacio (MSCH, 2013).

b) Causas y riesgos en un adulto depresivo.

Para determinar los factores causantes de la depresión en los adultos mayores, se recomienda un diagnóstico temprano por un profesional especialista en el tema; algunas de las diferentes causas que podrían ocasionar el trastorno depresivo entre los adultos mayores, son:

- La repentina e inesperada pérdida de un ser querido o familiar muy allegado; los excesivos niveles de estrés, así como la prevalencia de trastornos del sueño.
- Otros factores de riesgo serían: padecer de algún tipo de discapacidad; no tener personas cercanas que sirvan de apoyo emocional; entre otros factores (Angulo & Trujillo, 2018).

c) Signos y síntomas de la depresión en personas de la tercera edad.

A nivel Cognitivo

- Todo les parece sombrío y negativo, nada les causa alegría o felicidad.

- Dificultad para vivenciar y expresar estados afectivos positivos.
- Alteración de su carácter.
- Periodos prolongados de inapetencia.
- Pérdida de masa y peso corporal.
- Pérdida de apetito sexual (Angulo & Trujillo, 2018)

A nivel Conductual

- Periodos prolongados de irritabilidad emocional.
- Apatía e indiferencia generalizada para disfrutar de la vida diaria.
- Disminución de la actividad onírica (insomnio).
- Trastornos y atrofia del sistema psicomotor.
- Problemas con el aparato respiratorio y cardiovascular.
- Fatigabilidad y agitación constante.
- Retraído social y melancolía.
- Ideación y conductas suicidas (Angulo & Trujillo, 2018).

2.2.7 Intervención terapéutica de la depresión en el adulto mayor.

Las diversas investigaciones relacionadas al tratamiento de la depresión señalan que tan solo uno de cada tres personas que padecen de este trastorno acuden de manera oportuna al especialista para solicitar una ayuda terapéutica; en el caso de personas adultos mayores es mucho más agravante, ya que se reportó que un gran número de casos no tienen la mínima ayuda para superar este álgido problema (D'Hyver & Gutiérrez, 2014). Sin el adecuado tratamiento, los trastornos depresivos durante la ancianidad pueden desencadenar en un padecimiento crónico que afectará de manera impactante en la morbimortalidad senil. Se ha descubierto que, entre la población senil que presentan síntomas depresivos, el tratamiento farmacológico es el más adecuado, ya que se demostró que esta técnica mejoró la salud mental de por lo menos en un 80%

de los casos sometidos a dicho tratamiento. Sin embargo, se afirma que: “Esta opción de tratamiento requiere de cuidados especiales debido a la alta susceptibilidad que tienen los pacientes ancianos para presentar efectos adversos”. La principal finalidad del tratamiento farmacológico es: “adquirir la remisión completa de los síntomas depresivos, prevenir la recaída, evitar la recurrencia, mejorar la funcionalidad y la calidad de vida del adulto mayor” (D’Hyver & Gutiérrez, 2014).

En la actualidad existen una diversidad de alternativas de tratamiento terapéutico para la depresión en la ancianidad como, por ejemplo: el tratamiento psicoterapéutico, el tratamiento farmacológico y, para casos más graves, terapia electroconvulsiva. Para elegir un tipo de tratamiento depende de los factores predisponentes y coadyuvantes de la depresión, así como la gravedad de los síntomas depresivos. De acuerdo con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de la ciudad de México, “La terapia generalmente resulta en la mejoría de la calidad de vida y de la capacidad funcional, así como de la salud, longevidad y disminución en los costos de servicios de salud. La mejoría de los síntomas debe ser evidente a las dos semanas después de haber iniciado la terapia antidepresiva. El tratamiento en la fase inicial debe ser encaminado a inducir la remisión del episodio depresivo mayor y llevar al paciente a un completo nivel de funcionalidad basal” (CENETEC, 2011).

Este centro terapéutico indica las siguientes estrategias terapéuticas para la depresión:

1) El tratamiento farmacológico:

Son muy indicados los medicamentos antidepresivos quienes actúan sobre los neurotransmisores, de manera específica sobre la serotonina y la norepinefrina, además de la dopamina. Éstas y otras sustancias químicas actúan sobre el organismo, de manera específica en los estados de ánimo regulándolos y

manteniendo la homeostasis corporal. El tratamiento farmacológico en las personas de la tercera edad debe ser gradual, toda vez que su administración indiscriminada puede resultar contraproducente para éstas personas, llevándolo incluso a desarrollar efectos secundarios como: confusión mental, deterioro cognitivo, dependencia física e incluso síndrome de abstinencia, por ello, el tratamiento antidepresivo en adultos mayores debe iniciar con la mitad de las dosis mínima recomendada para los casos de depresión, para luego alcanzar la dosis óptima (CENETEC, 2011).

2) El tratamiento no farmacológico:

Los tratamientos no farmacológicos indicados por el CENETEC son: la terapia electroconvulsiva y la psicoterapia.

- a) Terapia electroconvulsiva: Se recomienda en los casos depresivos graves con riesgo suicida y/o características psicóticas, quienes no respondieron satisfactoriamente a la farmacoterapia; estudios casuísticos utilizando la terapia electroconvulsiva indican ser un tratamiento altamente efectivo.
- b) Psicoterapia: Innumerables estudios experimentales con aplicación de esta técnica han demostrado una alta efectividad en el tratamiento de la depresión en personas de la tercera edad, en muchos casos, acompañado de un tratamiento farmacológico. Entre los diversos tipos de tratamiento psicoterapéutico, el modelo cognitivo conductual y la psicoterapia interpersonal han demostrado ser los más efectivas en un corto periodo de tiempo. También se ha demostrado que los resultados son más eficaces aun cuando se utilizan el tratamiento psicoterapéutico y el farmacológico conjuntamente en los casos de depresión moderada a severa (CENETEC, 2011).

2.2.8 Modelo de Intervención Cognitivo Conductual

El tratamiento psicoterapéutico denominado “Modelo cognitivo conductual” (MCC) en el abordaje de los trastornos depresivos resultan ser altamente efectivas y oportunas, toda vez que, este modelo interviene en las distorsiones cognitivas, modificándolo y encaminándolo hacia comportamientos más apropiados. Por ello, se afirma que la terapia cognitivo conductual posee como principio fundamental la resolución de trastornos psicológicos mediante las intervenciones cognitivas para modificar el comportamiento inadecuado. En este tipo de intervención psicoterapéutica se consideran dos elementos primordiales de intervención como son: las cogniciones o pensamientos distorsionados, así como las conductas o comportamientos originados a partir de estas creencias irracionales (Hernández, 2010).

Según Beck (1983), el tratamiento de la depresión mediante las estrategias de intervención basadas en la terapia cognitivo conductual se apoyan en el supuesto teórico de que: “los efectos y la conducta que tiene un individuo, están en gran medida determinados por el modo en que su mente estructura el mundo”. Lo cual indica que este modelo terapéutico centra su atención en los procesos cognitivos, los cuales a su vez se convierten en elemento central del proceso terapéutico, porque las ideas erróneas son superadas por aquellas actitudes que se han aprendido a lo largo de toda la vida, logrando superar los obstáculos que se presentan durante toda la vida.

El punto de partida de todo proceso terapéutico según el modelo cognitivo conductual, es “la identificación de las distorsiones cognitivas elaboradas por el propio paciente, los cuales desencadenan emociones, actitudes y comportamientos que lo desequilibran emocionalmente, generando así la presencia de trastornos del estado de ánimo y de la personalidad” (Beck, 1983).

2.2.9 Características de la intervención mediante las técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual.

Según la propuesta de Aaron Beck (1983), existen 4 características que deben ser desarrolladas en el proceso terapéutico cognitivo conductual, ellos son: es activo, es directivo, es estructurado y es de tiempo limitado.

A) Es activo:

La intervención cognitivo conductual promueve prioritariamente una relación activa y dinámica entre paciente y terapeuta, mediante el cual el psicoterapeuta cognitivo conductual se mantiene en interacción continua con el paciente, no para imponer su punto vista, sino para cumplir el papel de guía o acompañante (Beck, 1983).

B) Es Directivo:

El modelo terapéutico cognitivo conductual es directivo porque siempre va dirigida a un objetivo de intervención, el cual se alcanzará siguiendo una serie de técnicas y estrategias de intervención estructuradas.

C) Es Estructurado:

Este modelo psicoterapéutico basado en el enfoque cognitivo conductual debe ser estructurado en función a la temporalidad, la metodología y las estrategias que empleará el paciente en la reestructuración de sus esquemas mentales.

D) Es de Tiempo Limitado:

La intervención terapéutica basado en el modelo de la terapia cognitivo conductual promueve un proceso de intervención de tiempo limitado, es decir, las actividades de intervención deben ser desarrolladas en un breve periodo de tiempo, para cumplir con los objetivos terapéuticos.

En conclusión, Aaron Beck (1983), plantea que la intervención psicoterapéutica será efectiva solo en la medida que se logre una interacción de varios elementos para fortalecer la relación terapéutica a la hora de la intervención.; es decir, el terapeuta debe considerar el diligente manejo de tres elementos indispensables en el proceso de tratamiento psicoterapéutico, ellos son: aceptación, empatía y autenticidad; según Beck, éstas serán indispensables para lograr un incremento en la efectividad del tratamiento, mediante las actitudes y conductas que el psicoterapeuta desarrolle durante la intervención.

2.2.10 Programa de intervención

A nivel de los servicios de orientación, Ángel Boza plantea que el modelo de intervención terapéutica que más se promueve, hoy por hoy, es el Modelo de la Intervención por Programas, en sus tres modalidades: a nivel preventivo y promocional, insistiendo y priorizando en el carácter preventivo de la intervención (Boza, 2001).

La intervención terapéutica mediante programas consiste en desarrollar una serie de actividades planificadas orientadas al cumplimiento de objetivos específicos, en un periodo de tiempo determinado, comprometiendo la participación responsable de sujetos especializados, mediante recursos y estrategias preestablecidas, para finalizar en una evaluación del impacto de dicho programa de intervención. Se debe tener muy en cuenta que el punto de partida de toda intervención terapéutica por programas es un análisis minucioso de necesidades y demandas; por ello se afirma se puede afirmar que, “un buen programa debe anticiparse a la demanda o, al menos, la evaluación debe servir para que las acciones puntuales se conviertan en nuevos programas” (Boza, 2001).

Las fases o etapas de los programas de intervención, según Álvarez & Hernández (1998), son cuatro: la etapa de la evaluación y el diagnóstico de las necesidades; etapa del diseño y organización del programa de intervención; etapa de la aplicación del programa; por último, se tiene la etapa de la evaluación del programa.

En la etapa de evaluación y diagnóstico de necesidades se debe considerar, entre otros aspectos, los perfiles para la identificación de la población destinataria, así como, los requisitos para la jerarquización de las necesidades.

La etapa del diseño del programa incluye la identificación clara y precisa de las estrategias a emplear, los aspectos metodológicos a utilizar en el proceso de enseñanza-aprendizaje, requisitos para su aplicación, así como los recursos necesarios para su ejecución.

La fase de aplicación comprende el uso de estrategias de apoyo a los beneficiarios antes y durante la aplicación, la planificación de un sistema de seguimiento de los destinatarios después de finalizado el programa de intervención, entre otros.

Por último, la fase de evaluación está dada por la elección de la metodología de evaluación y para la recolección de datos mediante instrumentos válidos y confiables, así como las diversas estrategias utilizadas para un adecuado proceso de análisis y valoración de la información (Álvarez & Hernández, 1998).

¿Qué es un programa?

Boza (2001) indica que un programa “es la forma de organizar, planificar, ejecutar y evaluar las actuaciones de cada área, o también, es una acción planificada dirigida a lograr unos objetivos con lo que se satisfacen unas necesidades”. Un concepto más reciente es la de Pérez Juste (2006) lo define como: “un plan

sistemático diseñado por el educador como medio al servicio de las metas educativas”.

En tanto que Esperanza Bausela define al programa como un modelo de intervención mediante el cual se pone en práctica estrategias de intervención mediante la prevención, orientación y la intervención social (Bausela, 2004).

Como síntesis, según Boza (2001) se puede resaltar tres aspectos fundamentales de todo programa de intervención:

- A) El primer aspecto, como un punto de partida sería el análisis de necesidades del proceso de intervención terapéutica.
- B) El segundo aspecto, considerado como una especie de “núcleo central”, está referido a la planificación y desarrollo de: objetivos generales y específicos, contenidos, actividades principales y secundarias, metodología, recursos humanos y materiales, temporalización y, finalmente, responsables.
- C) La última característica de los programas de intervención está referido a la evaluación del programa de intervención y de todo el proceso terapéutico.

2.3 Marco conceptual

2.3.1 Depresión:

La OMS define a la depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, dificultad de concentración, el sentimiento de culpa excesiva o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito y sensación de cansancio o de falta de energía”. (OMS, 2021).

2.3.2 Desesperanza:

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2021), define a la desesperanza como la sensación de que uno no experimentará emociones positivas o una mejora en su condición. La desesperanza es común en los episodios depresivos mayores

graves y otros trastornos depresivos y, a menudo, está implicada en suicidios e intentos de suicidio. Aaron Beck (1974) mide la desesperanza en función a tres factores: el afectivo, el motivacional y el cognitivo, los cuales está orientados a evaluar el nivel de expectativas que la persona tiene sobre su futuro mediano e inmediato. Por otro lado, Stucchi (2010), describe a la desesperanza como un estado mental en el que el futuro es percibido como algo incierto y sin posibilidades.

2.3.3 Estado de ánimo deprimido:

La depresión está considerada dentro de la categoría de trastornos del estado de ánimo definida por la Asociación Psiquiátrica Americana, que se caracteriza por estado de ánimo bajo, tristeza, pérdida de interés y disminución del disfrute, así como cambios diarios del estado de ánimo y de las formas de respuestas en el actuar frente a ciertas situaciones que pasamos diariamente (APA, 2018).

2.3.4 Adulto Mayor:

La OMS establece el uso del término “Adulto Mayor” se refiere a las personas mayores de 60 años de edad, criterio que es adoptado por el Perú a partir del año 1985 (OMS, 2017).

2.3.5 Depresión en el adulto mayor:

Las reacciones depresivas en la edad senil, se convierten en un trastorno agudo de salud mental, el cual tiene repercusión en el nivel de funcionamiento físico y mental de la población geriátrica (Mercado et al., 2014).

2.3.6 Programa de intervención:

Los programas de intervención se definen como la secuencia de actividades conducentes al tratamiento grupal de un problema específico, que para lo cual, se debe partir de adecuado diagnóstico contextualizado, orientados por objetivos

específicos, desarrollar una serie de estrategias de intervención, para luego culminar con una evaluación de la intervención realizada (Boza, 2001).

El programa “Volver a vivir”, propuesto en la presente investigación, es un programa que desarrolla técnicas terapéuticas para abordar las características del modelo cognitivo de la depresión de Aaron Beck, mediante el enfoque cognitivo conductual. Está compuesto de un conjunto de sesiones dirigidos a adultos mayores con depresión del Centro Integral del Adulto Mayor de Santa Anita – Lima.

Características del programa

El programa fue diseñado con técnicas terapéuticas del enfoque cognitivo conductual de Aarón Beck. Se incluye una breve introducción, una presentación de las actividades resaltando la importancia del tema y lo que se busca lograr motivando a la escucha activa, reflexión y a ponerla en práctica. El programa psicoeducativo para abordar la depresión ha priorizado habilidades para resolver problemas específicos y el componente grupal aporta apoyo social, el cual contribuye a disminuir la sintomatología depresiva en los adultos mayores. Se contemplaron 15 sesiones para que los participantes alcancen a recuperar su estabilidad anímica y emocional.

El programa está dirigido a adultos del Centro Integral de Atención al adulto mayor Santa Anita – Lima. El administrador del programa debe ser un psicólogo, este profesional es quien brindará soporte emocional y fortalece el manejo de la autoestima en la depresión. De esta manera se obtendrá mejores resultados del programa. Cada sesión tiene un tiempo de 180 minutos, cada 60 minutos se hace un break de 10 minutos, con 1 sesión semanal con la participación de 30 adultos mayores. Cada sesión tiene sus objetivos propios que desarrollan diversas habilidades que queremos incorporar y mejorar en los participantes.

Diseño de sesiones

Se realizó en forma semanal en la hora de terapia grupal y consta de la siguiente estructura: objetivos, tiempo de duración, materiales, procedimiento y tareas para la casa. Ejemplos de situaciones presentadas podrán variar de acuerdo con las características del grupo o situaciones observadas por la psicóloga. El procedimiento de cada sesión se basó en los siguientes momentos.

Cada sesión se desarrolló con frecuencia semanal y según la siguiente estructura:

- Presentación – sensibilización

La primera parte está destinada a generar curiosidad, expectativa y motivación, para iniciar la reflexión del tema escogido para la sesión. Incluye una breve introducción, una presentación de las actividades, explicación acerca de lo que se busca lograr y su importancia. Se considera muy importante el recojo de vivencias y percepciones de los presentes.

- Desarrollo de la sesión

Es el momento propicio para alentar y guiar al dialogo para que los participantes profundicen reflexión del tema escogido. Se realizan actividades y dinámicas, así como estrategias de discusión grupal, preguntas dirigidas y otras similares. En este proceso es importante prestar atención al tipo de interacciones, a los sentimientos y emociones que experimentan los participantes frente a las actividades planteadas para poder brindar una orientación oportuna y dar apoyo.

- Cierre

Es el momento adecuado para identificar las ideas centrales sobre las acciones realizadas para que sean reforzadas de ser el caso. Es la oportunidad para

evaluar junto con los participantes: cómo se sintieron, qué les interesó más, qué descubrieron y otros aspectos que permitan conocer lo que se necesita mejorar con relación a los temas abordados, las técnicas y estrategias.

El programa comprende 15 sesiones según los siguientes objetivos:

Sesión 1: Sesión inaugural

El objetivo de la sesión es realizar la presentación del programa, motivar y animar a los adultos mayores a la asistencia y participación de los módulos siguientes, que reconozcan su importancia, beneficios y la aplicación de la medición inicial (pre-test) con el instrumento Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS-15).

Sesión 2: La depresión en el adulto mayor

El objetivo de la sesión es promover nuevos estilos de afrontamiento que propicien la desaparición de la depresión en el adulto mayor.

Sesión 3: El proceso de envejecimiento

El objetivo de la sesión es reconocer, aceptar y valorar el proceso de envejecimiento como una etapa de grandes cambios biopsicosociales. Educar con estrategias del proceso de adaptación y afrontamiento.

Sesión 4: La autoestima

El objetivo de la sesión es lograr el reforzamiento de la autoestima y las relaciones interpersonales, a conocerse más así mismo a orientarse, a reconocer errores.

Sesión 5: Programación de actividades / Mis metas.

El objetivo de la sesión es incentivar el uso de una agenda diaria, cambiar la falta de motivación, la inactividad y su preocupación en torno a las ideas

depresivas. Educar a programarse metas a largo o mediano plazo y tener esperanza en el futuro.

Sesión 6: Usted es lo que piensa - reestructuración cognitiva

El objetivo de la sesión es educar para modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva mediante el diálogo socrático la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos.

Sesión 7: Solución de problemas

El objetivo de la sesión es facilitar estrategias para la solución de problemas en los diferentes contextos en donde se desenvuelve el adulto mayor. La eficacia reside en cambiar la forma de enfrentar los problemas considerando como un reto y una posibilidad de mejorar.

Sesión 8: Habilidades sociales

El objetivo de la sesión es promover el bienestar psicológico y físico. Educar a través de la identificación de valores vitales, fomentando así la asertividad y flexibilidad a la hora de afrontar situaciones cotidianas y las relaciones interpersonales.

Sesión 9: Estilos de comunicación asertiva

El objetivo de la sesión es presentar un conjunto de capacidades y destrezas interpersonales que les permitan relacionarse con otras personas en forma adecuada, sus sentimientos opiniones, deseos y necesidades.

Sesión 10: Técnicas de relajación y manejo de estrés

El objetivo de la sesión es reducir el nivel de activación “calmarnos” es una herramienta para “desconectar” y para nuestros pensamientos y dar un alto a nuestro ritmo de vida. Alcanzar un estado profundo de calma interior que reduce los estados de estrés y ansiedad mejorando la calidad de sueño.

Sesión 11: Autocontrol

El objetivo de la sesión es dotar a los participantes en habilidades de autocontrol para avanzar en los objetivos importantes y participar más en conductas que sean reforzantes para mantener el equilibrio emocional.

Sesión 12: La familia en el proceso de envejecimiento

El objetivo de la sesión es educar a la familia como sostén, apoyo y hacerles saber que juegan un papel importante en el tratamiento de las afecciones de la salud mental y física del adulto mayor.

Sesión 13: Estilo de vida saludable

El objetivo de la sesión es brindar herramientas que posibiliten la auto-revisión frente al estilo de vida de cada participante de tal manera que se puedan establecer planes de mejora individual.

Sesión 14: Charla “Cuidado de la salud en el adulto mayor”

El objetivo de la sesión es presentar una manera de mejorar la calidad de vida a través del aprendizaje y desarrollo de habilidades logrando prevenir la aparición de enfermedades y discapacidades con el desarrollo que identifiquen la morbilidad.

Sesión 15: Sesión de cierre del programa – Post test

El objetivo de la sesión es realizar la presentación de cierre del programa. Se hace una recopilación breve de todas las sesiones, mediante una retroalimentación expositiva de cierre del programa. Escuchar los logros de cada uno de los participantes y su conclusión del programa. Realizar la medición del nivel de depresión de la muestra a través de la aplicación del instrumento (post-test) de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) y agradecer a los participantes por su colaboración, asistencia y voluntad de participación.

CAPITULO III.

HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis general

El programa “Volver a Vivir” influye significativamente en la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima - 2018.

3.2 Hipótesis Específica

- El programa “Volver a Vivir” influye en la dimensión desesperanza de la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima - 2018.
- El programa “Volver a Vivir” influye en la dimensión estado de ánimo deprimido de la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima - 2018.

3.3 Variables

3.3.1 Variable Dependiente: Depresión

Definición conceptual:

La OMS define a la depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, dificultad de concentración, el sentimiento de culpa excesiva o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito y sensación de cansancio o de falta de energía” (OMS, 2021).

Definición operacional:

La depresión en adultos mayores es un indicador de desajuste afectivo que se obtendrá luego de la aplicación de la Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15) a un grupo de personas de la tercera edad en el Centro de Atención al

Adulto Mayor del distrito de Santa Anita, cuyos resultados serán categorizados en los siguientes niveles de depresión: Normal o sin depresión cuando obtiene un puntaje entre 0 y 5, nivel de depresión Leve cuando obtiene un puntaje entre 6 y 10 y nivel de depresión Severa cuando obtiene un puntaje entre 11 y 15.

3.3.2 Variable Independiente: Programa de intervención “Volver a Vivir”

Definición conceptual:

Un programa es un conjunto de técnicas e intervenciones terapéuticas orientadas a un grupo de personas con la intención de paliar algún trastorno físico o psicológico, lo cual brindará soporte emocional y biológico a las personas beneficiarias (Boza, 2001).

Definición operacional:

El programa de intervención psicológica “Volver a Vivir” es un conjunto de sesiones terapéuticas basadas en el análisis de las dimensiones de la Escala de Yesavage para depresión Geriátrica GDS-15 y el modelo cognitivo de la depresión planteado por Aaron Beck. El programa consta de quince (15) sesiones con actividades de dinámicas participativas e incluye las sesiones de medición pre y post test.

El desarrollo de la operacionalización de las variables es presentado en los Anexos: Matriz operacionalización de variables y Matriz operacionalización del instrumento.

CAPITULO IV.

METODOLOGÍA

4.1 Método de investigación

El método de investigación utilizado fue el científico, el cual consiste en la interpretación de datos, mediante el cumplimiento de cada una de las etapas del método científico que va desde el planteamiento del problema hasta la elaboración de las conclusiones y las recomendaciones (Hernández et al., 2014).

4.1 Tipo de Investigación

El tipo de estudio se enmarca dentro del esquema de investigación de tipo aplicada, que según Hernández et al. (2014), es aquel en el cual el investigador planifica y desarrolla una secuencia de actividades con la finalidad de ver la influencia de una variable sobre otra.

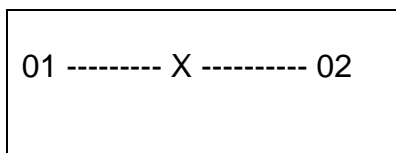
4.2 Nivel de Investigación

Se utilizó el nivel de investigación explicativo, por ser aquella que “se realiza con la intención de producir y experimentar tecnología: técnicas, cuestionarios, instrumentos, programas, materiales y equipos, así como reglas que prescriban la acción” (Hernández et al., 2014).

4.3 Diseño de la Investigación

En el presente estudio se utilizó el diseño pre-experimental con un solo grupo de evaluación antes y después de la aplicación de un programa de intervención

psicológica. En los estudios experimentales el investigador manipula voluntariamente una variable independiente para luego observar su influencia en los niveles de la variable dependiente (Hernández et al., 2014). El esquema gráfico es el siguiente:



Dónde:

01 : Observación de la variable dependiente antes de la aplicación del programa de intervención psicológica.

X : Aplicación del Programa de intervención psicológica “Volver a Vivir”.

02 : Observación de la variable dependiente después de la aplicación del programa de intervención psicológica

4.4 Población y muestra

Población

El universo poblacional estuvo conformado por adultos mayores con presencia de sintomatología depresiva, con un total de 30 adultos mayores de ambos sexos, mayores de 60 años de edad. Silverman (2017), indica que la población se define como: “todos los posibles participantes o elementos que se pueden incluir en una muestra, asimismo, define a una muestra como un subconjunto de una población seleccionada a efectos de la investigación”.

Muestra y tipo de muestreo

Según Hernández et. al. (2015) la muestra del presente estudio corresponde a una muestra no probabilística “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico, ni en base a fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un

investigador o grupo de investigadores y desde luego, las muestras relacionadas obedecen a otros criterios de investigación” (p. 176).

En esta investigación, el tipo específico de muestreo no probabilístico utilizado es el intencionado por conveniencia y criterio de la investigadora conocido como muestra censal, dado que la cantidad de sujetos de investigación dependen de que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, además de depender de la disposición y disponibilidad tanto de los sujetos, como del permiso de la institución que alberga a la población destinada para la investigación. Por lo tanto, el tamaño de la muestra se constituyó con 20 adultos mayores, el cual se encuentra dentro de rango de muestra sugerido por Hernández et al. (2015) para estudios que incluyen entrevistas o personas bajo supervisión en muestras no probabilísticas.

Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores de 60 años de edad a más.
- Personas o usuarios con asistencia regular al CIAM.
- Adultos mayores que participen activa y libremente en los talleres.
- Personas de la tercera edad que firmaron su compromiso de asistir las 15 sesiones de forma ininterrumpida.
- Adultos mayores que cumplieron con el 100% de asistencia a los talleres programados.

Criterios de Exclusión

- Personas adultas mayores con evidentes trastornos mentales o enfermedades crónicas que limitan su funcionabilidad motora sensorial severamente.
- Adultos mayores que no hayan firmado la hoja de consentimiento informado.

- Adultos mayores que no confirmaron su compromiso de asistir las 15 sesiones de manera obligatoria.
- Adultos mayores que faltaron a más de dos talleres programados.

4.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Técnicas

Se aplicaron dos técnicas empleadas en el estudio, una de ellas fue la técnica de observación psicológica directa y la otra técnica utilizada fue la encuesta, el cual se define como la recopilación de información relacionada a la variable dependiente a través de una serie de ítems incluidos en un cuestionario (Hernández et al., 2014). La técnica de observación psicológica fue realizada mediante una entrevista, estructurada y compuesta de listas de preguntas que se formulan a todos los participantes por igual. La encuesta para recopilar información empleó un instrumento aplicado en dos momentos de la investigación.

Instrumento

El instrumento de recolección de datos fue aplicado en la primera sesión del programa, antes del desarrollo de los talleres destinados a la disminución de los niveles de depresión de los adultos mayores, en la escala de depresión geriátrica de Yesavage, el cual fue realizado la primera semana de agosto del año 2018. Luego a partir de la segunda sesión se desarrollaron los talleres del programa de intervención “Volver a vivir”, mediante sesiones psicoeducativas con la participación dinámica de los adultos mayores seleccionados. La recolección de datos se realizó considerando lo siguiente:

- Aplicación del instrumento, técnica que permitirá recoger información, con respecto a la variable dependiente y sus dimensiones de estudio.
- Lista de cotejo, técnica que permite tener una evaluación y seguimiento objetivo

de los participantes del programa, en nuestro caso los adultos mayores.

El cuestionario pre-test: se aplicó previamente al inicio del programa a fin de identificar el nivel de depresión del grupo de participantes, el cual se realizó en un solo momento. Luego de analizar los resultados, se procedió con el desarrollo del programa.

El cuestionario post-test: se aplicó una vez más el instrumento al grupo experimental a fin de verificar en qué medida mejoró el nivel de depresión del grupo experimental que recibió las diferentes sesiones del programa.

El instrumento elegido para el presente estudio fue la “Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica, versión abreviada (GDS-15)”.

Ficha técnica

Nombre	:	“Escala de Depresión Geriátrica”
Nombre original	:	“Geriatric Depression Scale (GDS)”
Autores	:	Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey, y Rose (1982).
Año	:	1982
Versiones	:	La versión original fue elaborada con un total de 30 ítems, posteriormente los mismos autores realizaron una versión más breve de 15 ítems en el año 1986.
Adaptación española	:	Martínez et. al. (2002) de 15 ítems.
Tiempo de administración	:	10 – 15 minutos

El instrumento de recolección de datos denominado Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS), fue creada por Brink y

Yesavage en 1982, tuvo como finalidad principal evaluar la depresión de las personas de la tercera edad.

Este instrumento está orientado a la evaluación de la sintomatología depresiva en los adultos mayores que gocen o no de buena salud física y/o mental, incluso en aquellos ancianos que padecen de un deterioro cognitivo leve a moderado.

En el año 1986 los mismos autores presentaron una versión abreviada de 15 ítems; luego esta escala de quince (15) ítems fue validada por la OPS/OMS; para la estandarización de la prueba fue necesario recurrir a los criterios estadísticos del uso de la medida de la tendencia central, así como los estadísticos correspondientes del coeficiente de correlación.

Para el proceso de la calificación e interpretación de los resultados los autores indican que cada ítem puede ser valorado entre 0 y 1 (ausencia o presencia de indicadores de depresión respectivamente). En esta prueba se trabaja con las puntuaciones directas, que va de 0 a 15 puntos, donde 0 es un nivel de Normal (ausencia de indicadores de depresión) y 15 corresponde a un nivel de depresión severa. Los autores de la versión adaptada de la prueba indican la existencia de las siguientes categorías diagnósticas:

Puntaje de 0 a 5 puntos corresponde a la categoría de NORMAL.

Puntaje de 6 a 9 puntos corresponde a la categoría de DEPRESIÓN LEVE.

Puntaje de 10 a 15 puntos corresponde a la categoría de DEPRESIÓN SEVERA.

Se realizó una evaluación y seguimiento objetivo de los participantes en un programa, en nuestro caso adultos mayores de 60 a más edad con posible depresión.

Criterios de calidad:

Confiabilidad

La confiabilidad fue determinada a través de diferentes métodos estadísticos,

cuyos índices de confiabilidad resultaron ser muy altos; al verificar la fiabilidad del instrumento adaptado, Martínez et al. (2002) recurrió hasta tres métodos obteniendo un coeficiente de 0.94 (por el método de consistencia interna), un coeficiente de 0.94 (según el método de las dos mitades) y un coeficiente de 0.85 (según el método de fiabilidad test-retest). Mientras que Bacca et. al. (2005) realizaron la validez del instrumento, en una muestra de 500 adultos mayores, mediante la técnica de consistencia interna cuyo índice fue de 0,7268, lo cual significa que esta escala es altamente confiable para evaluar la sintomatología depresiva.

Validez

En cuanto a la validez convergente, Martínez et al. (2002) aplicando el coeficiente de correlación de Spearman, obtuvo un p-valor menor a 0.001 y un coeficiente de correlación del 0,618; este investigador también recurrió al método de la validez discriminante, obteniendo un coeficiente de correlación de Spearman de 0,235 y un p-valor menor a 0,001.

Además, el instrumento fue validado aplicando el método de “Validez de contenido”, recurriendo a la técnica de “Juicio de expertos”, teniendo en cuenta la pertinencia con la variable de estudio. Para esto se proporcionó el instrumento a tres jueces expertos, quienes emitieron la aprobación del instrumento, mediante un informe de validación. Para tal efecto se tuvo en cuenta como criterios de evaluación: la suficiencia de los ítems, la relevancia, la coherencia y la claridad de los ítems del instrumento. Para hallar el índice de validez se recurrió a la utilización del Coeficiente V de AIKEN para demostrar la validez del instrumento, dado que es un coeficiente de fácil cálculo y garantiza el sustento de los resultados, determinando objetivamente la validez de contenido del ítem.

Se realizó una valoración porcentual, obteniéndose un promedio de 0.93, concluyendo que el instrumento posee buena validez (Ver Anexo 06.- Confiabilidad y Validez del instrumento).

Tabla 1.-

Juicio de Expertos – Escala geriátrica de depresión de Yesavage

Criterio de Jueces Expertos	Calificación
Juez 1 – Mg. Rafael Rodríguez Falla	90%
Juez 2 – Mg. Carlos Oneto Mendoza	94%
Juez 3 – Mg. Jaime Ramos Clavijo	95%
Promedio	93%

Fuente: Elaboración propia

Del mismo modo, se validó el programa diseñado, a través del método de “validez de contenido”, por validación de juicio experto, teniendo en cuenta la pertinencia con la variable de estudio. Para esto se proporcionó el instrumento a tres jueces expertos con grado de Maestría, quienes conocen del tema y emitieron la aprobación del instrumento. Calificando aspectos como: suficiencia, relevancia, coherencia y claridad. Se obtuvo un promedio de 0.92, considerándose como un programa adecuado.

Tabla 2.-

Juicio de Expertos – Programa “Volver a Vivir”

Criterio de Jueces Expertos	Calificación
Juez 1 – Mg. Rafael Rodríguez Falla	90%
Juez 2 – Mg. Carlos Oneto Mendoza	92%
Juez 3 – Mg. Jaime Ramos Clavijo	95%
Promedio	92%

Fuente: Elaboración propia

4.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Luego de la evaluación aplicada, se procedió con el procesamiento y análisis de datos; para fines de análisis de datos se recurrió al uso del software estadístico SPSS versión 23, mientras que para el procesamiento de datos descriptivos se utilizó la técnica estadística de la tablas y figuras de frecuencia, así como el porcentaje y las respectivas medidas de tendencia central.

Para el análisis inferencial de los resultados hallados se utilizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk (al ser una muestra pequeña, $n=20$), determinándose que no se presentaba una distribución normal. Po tal motivo se recurrió a la prueba no paramétrica de McNemar para muestras relacionadas.

4.7 Aspectos éticos de la Investigación

Se consideraron los principios éticos que rigen la actividad investigativa en la Universidad Peruana Los Andes, plasmados en el Reglamento General de Investigación indicados con precisión en los artículos 27 y 28:

Art. 27°.- Entre los principios éticos que se tuvo en cuenta para el desarrollo del trabajo de investigación científica fueron los siguientes:

- a) En todo el proceso de investigación se tuvo en cuenta la protección de la persona, respetando la dignidad humana, identidad, diversidad, libertad y derecho a la confidencialidad, así como, la privacidad de los datos recabados.
- b) Se contó con la manifestación de voluntad informada, libre e inequívoca, mediante la firma de la hoja de consentimiento informado y expreso.
- c) En todo el proceso de investigación se aseguró el bienestar e integralidad de las personas que participan en el estudio; así mismo, se minimizaron los posibles efectos adversos y se maximizó los beneficios.

- d) La autora del presente estudio, en todo momento actuó con responsabilidad en relación con la pertinencia, los alcances y las repercusiones de la investigación.
- e) La investigadora garantiza la veracidad de la investigación en todas las etapas del proceso, desde el planteamiento y la formulación del proyecto de investigación hasta la comunicación y divulgación de los resultados de la investigación.

Art. 28°.- Las normas de comportamiento ético que se tuvo en cuenta fueron los siguientes:

- a) Se garantiza que el presente estudio científico, tiene pertinencia, originalidad y coherencia con las líneas de investigación institucional.
- b) Durante todo el proceso de investigación científica, se procedió con rigor científico, asegurando la validez, confiabilidad y credibilidad de los métodos, técnicas y fuentes utilizadas.
- c) En todo momento se asumió la responsabilidad de realizar un trabajo cuidadoso, honesto y responsable.
- d) En el presente trabajo de investigación se garantizó la confidencialidad y el anonimato de las personas involucradas en el estudio.
- e) Se asumió el compromiso de comunicar los resultados de la investigación de manera abierta, completa y oportuna a la comunidad científica.
- f) Durante todo el proceso de investigación se cumplió con las indicaciones formuladas en las normas institucionales, nacionales e internacionales que regulan los procesos de investigación.

CAPÍTULO V. RESULTADOS

5.1 Descripción de resultados

Tabla 3.-

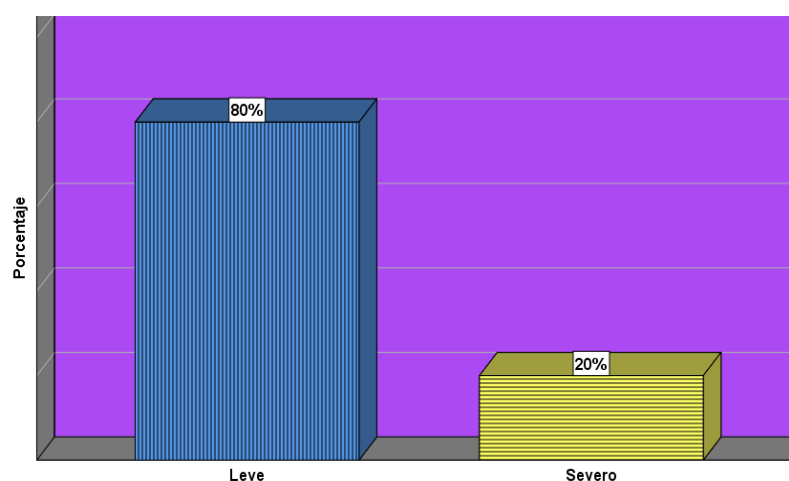
Niveles de depresión de los adultos mayores antes de la aplicación del programa “Volver a Vivir”.

Niveles de depresión	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	0	0 %
LEVE	16	80 %
SEVERO	4	20 %
Total	20	100,0 %

Fuente: Evaluación psicológica a los adultos mayores, 2018.

Figura 1.-

Niveles de depresión de adultos mayores antes de la aplicación del programa “Volver a Vivir”



Descripción: En la tabla 3 y figura 1 se observa que, antes de la aplicación del programa “Volver a Vivir”, el 80% de los adultos mayores evaluados presentan un

nivel leve; el 20% presenta un nivel severo de depresión; mientras que ningún adulto mayor (0%), se ubican en un nivel normal.

Tabla 4.-

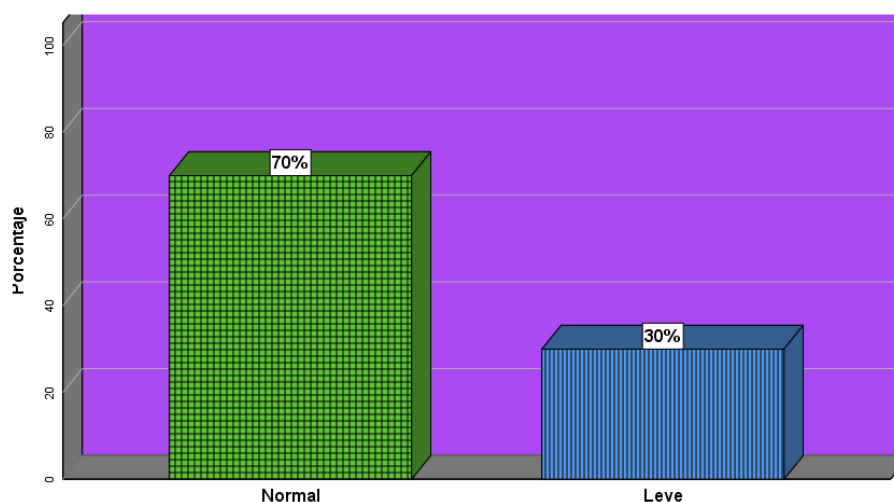
Niveles de depresión de adultos mayores después de la aplicación del programa “Volver a Vivir”.

Niveles de depresión	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	14	70 %
LEVE	6	30 %
SEVERO	0	0 %
Total	20	100,0 %

Fuente: Evaluación psicológica a los adultos mayores, 2018.

Figura 2.-

Niveles de depresión de adultos mayores después de la aplicación del programa “Volver a Vivir”.



Descripción: De acuerdo con lo observado en la tabla 4 y figura 2 se observa que, después de la aplicación del programa “Volver a Vivir”, el 70% de los adultos mayores evaluados presentan un nivel normal, es decir, no presentan sintomatología depresiva; el 30% presenta un nivel leve de depresión; mientras que ningún sujeto evaluado (0%), se ubican en un nivel severo de depresión.

Tabla 5.-

Cuadro comparativo de niveles de depresión en adultos mayores antes y después de la aplicación del programa “Volver a Vivir”.

Nivel de Depresión Geriátrica	PRE TEST		POST TEST	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	0	0%	14	70%
LEVE	16	80%	6	30%
SEVERO	4	20%	0	0%
Total	20	100,0 %	20	100,0 %

Fuente: Evaluación psicológica a los adultos mayores, 2018.

En la tabla 5 se percibe una notable diferencia en los niveles de depresión geriátrica antes y después de la aplicación del programa “Volver a Vivir”; los adultos mayores sin depresión incrementaron de 0% a 70% entre el tiempo transcurrido antes y después de la aplicación del programa; el nivel leve de depresión geriátrica disminuyó de 80% a 30%; mientras que el nivel severo disminuyó de 20% a 0% entre el pre y el post test.

5.2 Contrastación de hipótesis

1. Formulación de hipótesis general.

H0: El programa “Volver a Vivir” no influye significativamente en la depresión geriátrica del Centro de Atención al Adulto Mayor, Lima – 2018.

HI: El programa “Volver a Vivir” influye significativamente en la depresión geriátrica del Centro de Atención al Adulto Mayor, Lima – 2018.

2. Determinar el nivel de significancia

Se trabajó a un Nivel de confianza del 95% por ser un estudio de naturaleza social (intervención psicológica). El Nivel de Confianza, Nivel Alpha o Nivel de Error Estimado (margen de error) es al 5% o su equivalente el 0,05.

3. Elección de la prueba estadística

El estadístico que se utilizó para la prueba de la hipótesis general fue la Prueba de McNemar, que es una prueba no paramétrica para muestras relacionadas; la razón

del uso de esta prueba radica en que la escala de medición es nominal, y los resultados de la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, arrojó que los datos no siguen una distribución normal

Tabla 6.-

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk: Pre y Post Test.

Pruebas de normalidad	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.
Depresión geriátrica Pre Test	,876	20	,015
Depresión geriátrica Post Test	,717	20	,000

Ho: Los resultados de la variable evaluada sigue una distribución normal.

Hi: Los resultados de la variable evaluada no sigue una distribución normal.

En la tabla 6, se observa que la prueba de normalidad arroja un p-valor de 0.015 para el pre - test y de 0,000 para el post test; por lo cual se concluye que los datos no siguen una distribución normal, por lo que se determina el uso de pruebas no paramétricas. Estos datos se grafican en las figuras 3 (Pre- test) y 4 (Post test).

Figura 3.-

Gráfico de prueba de normalidad del Pre Test

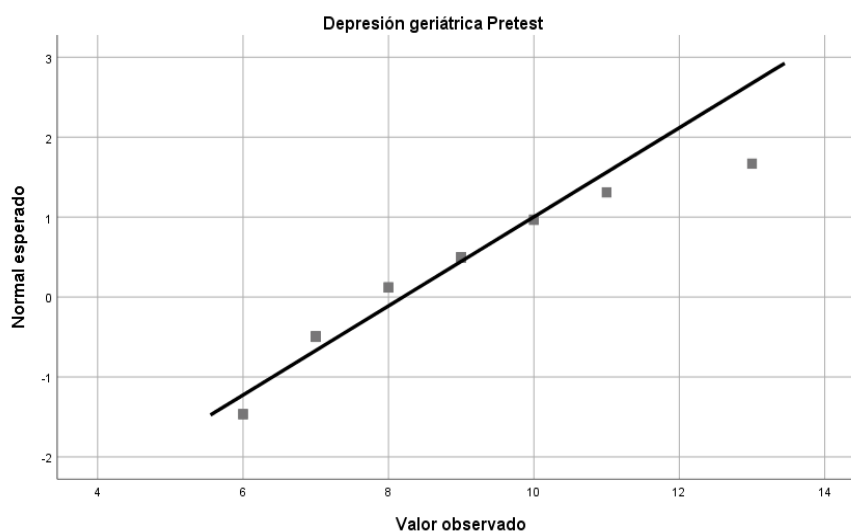
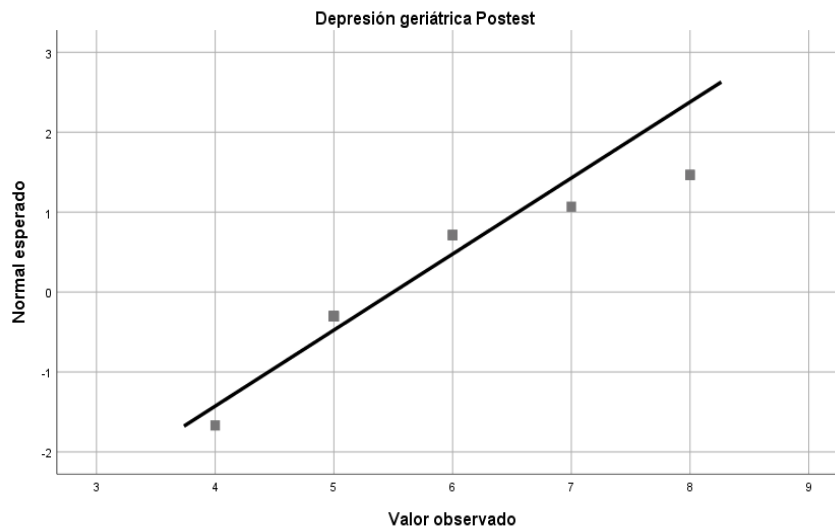


Figura 4.-

Gráfico de prueba de normalidad del Post Test



4. Estimación del p-valor

Tabla 7.-

Prueba de McNemar para muestras relacionadas Pre y Post Test

Estadísticos de prueba ^a	
Depresión geriátrica Pre & Post Test	
N	20
Significación exacta (bilateral)	,000 ^b

a. Prueba de McNemar

b. Distribución binomial utilizada.

El p-valor obtenido es menor que 0,05 por lo que rechazamos la hipótesis general nula y aceptamos la hipótesis general alterna.

5. Toma de decisión:

Por lo cual se concluye que: El programa “Volver a Vivir” influye significativamente en la depresión geriátrica del Centro de Atención al Adulto Mayor, Lima – 2018.

Prueba de hipótesis específicas 1

1. Formulación de hipótesis específica 1

H0: El programa “Volver a Vivir” no influye significativamente en la dimensión desesperanza de la depresión geriátrica del Centro de Atención al Adulto Mayor, Lima – 2018.

H1: El programa “Volver a Vivir” influye significativamente en la dimensión desesperanza de la depresión geriátrica del Centro de Atención al Adulto Mayor, Lima – 2018.

2. Determinar el nivel de significancia

Se trabajó a un Nivel de confianza del 95% por ser un estudio de naturaleza social (intervención psicológica). El Nivel de Confianza, Nivel Alpha o Nivel de Error Estimado (margen de error) es al 5% o su equivalente el 0,05.

3. Elección de la prueba estadística

El estadístico que se utilizó para la prueba de la hipótesis general fue la Prueba de McNemar, que es una prueba no paramétrica para muestras relacionadas; la razón del uso de esta prueba radica en que la escala de medición es nominal, y los resultados de la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, arrojó que los datos no siguen una distribución normal.

Tabla 8.-

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk: Pre y Post Test dimensión desesperanza.

Pruebas de normalidad	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Dimensión Desesperanza Pretest	,926	20	,031
Dimensión Desesperanza Postest	,765	20	,000

Ho: Los resultados de la variable evaluada siguen una distribución normal.

Hi: Los resultados de la variable evaluada no sigue una distribución normal.

En la tabla 6, se observa que la prueba de normalidad de Shapiro - Wilk determina un P-Valor de 0.031 para el pre - test y de 0,000 para el post test; de manera que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que los datos no siguen una distribución normal, lo que en consecuencia determina el uso de pruebas no paramétricas.

4. Estimación del p-valor

Tabla 9.-

Prueba de McNemar para muestras relacionadas Pre y Postest dimensión desesperanza

Estadísticos de prueba ^a	
Dimensión Desesperanza Pre y Postest	
N	20
Significación exacta (bilateral)	,000 ^b

a. Prueba de McNemar

b. Distribución binomial utilizada.

El p-valor obtenido es menor que el valor alfa 0,05 por lo que rechazamos la hipótesis general nula y aceptamos la hipótesis general alterna.

5. Toma de decisión:

Por lo cual se concluye que: El programa “Volver a Vivir” influye significativamente en la dimensión desesperanza de la depresión geriátrica del Centro de Atención al Adulto Mayor, Lima – 2018.

Prueba de hipótesis específicas 2

1. Formulación de hipótesis específica 2

H0: El programa “Volver a Vivir” no influye significativamente en la dimensión estado de ánimo deprimido de la depresión geriátrica del Centro de Atención al Adulto Mayor, Lima – 2018.

H1: El programa “Volver a Vivir” influye significativamente en la dimensión estado de ánimo deprimido de la depresión geriátrica del Centro de Atención al Adulto Mayor, Lima – 2018.

2. Determinar el nivel de significancia

El nivel de confianza recurrido fue al 95% y el margen de error del 5% o su equivalente el 0,05.

3. Elección de la prueba estadística

El estadístico que se utilizó para la prueba de la hipótesis general fue la Prueba de McNemar, que es una prueba no paramétrica para muestras relacionadas; la razón del uso de esta prueba radica en que la escala de medición es nominal, y los resultados de la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, arrojó que los datos no siguen una distribución normal.

Tabla 10.-

Prueba de normalidad dimensión estado de ánimo deprimido pre y postest.

Pruebas de normalidad	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Dimensión Estado de Ánimo deprimido Pretest	,873	20	,013
Dimensión Estado de Ánimo deprimido Postest	,863	20	,009

H₀: Los resultados de la variable evaluada sigue una distribución normal.

H₁: Los resultados de la variable evaluada no sigue una distribución normal.

En la tabla 6, se observa que la prueba de normalidad arrojó un p-valor de 0.013 para el pre - test y de 0,009 para el post test; de esta manera se confirma que los datos no siguen una distribución normal, lo que en consecuencia determina el uso de pruebas no paramétricas.

4. Estimación del p-valor

Tabla 11.-

Prueba de McNemar para muestras relacionadas Pre y Postest dimensión Estado de Ánimo deprimido

Estadísticos de prueba^a	
Dimensión Estado de Ánimo Deprimido	
Pret y Postest	
N	20
Significación exacta (bilateral)	,250 ^b

a. Prueba de McNemar

a. Distribución binomial utilizada.

El p-valor obtenido es mayor que 0,05 por lo que aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la hipótesis alterna.

5. Toma de decisión:

No existe diferencia significativa en la dimensión estado de ánimo deprimido de la depresión geriátrica antes y después de la aplicación del programa en los ancianos participantes del estudio.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Como se observa, la depresión no es sinónimo de una simple tristeza, sino se trata de un trastorno que debe ser abordada a nivel de todas las etapas del desarrollo humano y de manera especial, en los adultos mayores; toda vez que, la depresión no es una parte natural del envejecimiento, por ello, diversos estudios han demostrado que los niveles de depresión geriátrica deben y pueden ser revertidos con una oportuna y adecuada intervención terapéutica; si este trastorno no se trata oportunamente, se ha podido notar que las consecuencias pueden ser graves y funestas, incluso llegando al suicidio consumado (Licas, 2015).

El objetivo general formulado fue: Determinar la influencia del programa “Volver a Vivir” en la depresión geriátrica en un Centro del Adulto Mayor, Lima – 2018. Luego de aplicar la prueba de McNemar para muestras relacionadas, se obtuvo un p-valor menor a 0.05, el cual indica que la aplicación del programa psicoeducativo basado en el modelo cognitivo conductual fue efectiva y significativa, dado que los niveles de depresión de los adultos mayores evaluados disminuyeron notablemente entre el pre y el post test, mostrando de esta manera la utilidad de este tipo de tratamiento.

Los resultados indicaron que los niveles de depresión geriátrica experimentaron una notable disminución después de la administración del programa de intervención “Volver a Vivir”; se observa que el nivel leve de depresión disminuyó del 80 al 30% entre el pre y el post test, mientras que el nivel severo disminuyó del 20 al 0%. Los adultos mayores que

aplican a la categoría “sin sintomatología depresiva” incrementaron del 0% (antes de la intervención) al 70% (después de la intervención). Se conoce que los altos niveles depresivos activan esquemas cognitivos irracionales, y por consiguiente, observamos una distorsión en la percepción de la realidad y su entorno (Sales et al., 2015); pues los resultados del trabajo de investigación demuestran que estas ideas y pensamientos son aprendidos y como tal son susceptibles de modificarse, para de esta manera ver la realidad desde una óptica más positiva, lo cual permite actuar de forma positiva y optimista; en ello radicaría los éxitos de la intervención psicológica mediante las técnicas del modelo cognitivo conductual.

Los resultados son coherentes con lo hallado por Guillén et al. (2018), donde hallaron que los resultados arrojaron diferencias significativas en la depresión geriátrica ($p=0,000$) entre el pre y pos test; López (2018), también reportó que el desarrollo de un programa basado en actividades artísticas (a modo de arte-terapia), es un método eficaz para el incremento de los niveles de depresión entre las personas de la tercera edad.

Sims et al. (2017) también indicó que la aplicación de las técnicas del modelo cognitivo conductual son positivos para la disminución de los niveles de la depresión geriátrica, detectando y modificando sus pensamientos distorsionados con el objetivo de lograr una mejor salud mental, es decir, quedó demostrada la efectividad de la intervención psicológica mediante las técnicas de la terapia cognitivo conductual, pues se logró disminuir los niveles depresivos que van del nivel severo a niveles leves; y también se observó que los adultos mayores pasaron de los niveles leves al nivel de no depresión.

A nivel nacional también se reportó la efectividad del uso de programas en la disminución de los niveles de depresión; así lo indican los hallazgos de Lanza (2018), Angulo & Trujillo (2018), y Zavaleta (2018), quienes por separado concluyeron que, el uso de la arte-terapia, la risoterapia y la musicoterapia disminuyen significativamente los niveles de depresión en la muestra de adultos mayores de la muestra; se obtuvo que el grupo

experimental disminuyó significativamente sus niveles de depresión después de aplicar el programa de intervención, con relación al grupo control en el que no hubo diferencia significativa entre el pre y el post test.

La aplicación de los programas de intervención no solo son efectivos en la disminución, sino también resultan ser efectivos en la prevención de los niveles de depresión; Seguro (2019) y Guillén et al. (2018), indican que el desarrollo de un programa basado en el desarrollo de habilidades de afrontamiento activas resultó efectivo en la prevención de la depresión; también hallaron que un estilo de vida saludables resulta ser un poderoso factor de protección para toda persona de la tercera edad.

El objetivo específico 1 fue: Determinar la influencia del programa “Volver a vivir” en la dimensión desesperanza de los adultos mayores del Centro de Atención al Adulto Mayor. Posterior a la aplicación de prueba de McNemar para muestras relacionadas, se obtuvo un p-valor de 0,000, el cual es menor al valor alfa 0.05, por lo que se concluye que la aplicación del programa “Volver a vivir”, basado en el modelo cognitivo conductual fue significativa, dado que el nivel de depresión en su dimensión desesperanza disminuyó notablemente entre el pre y el post test; de esta manera se concluye rechazando nuestra hipótesis nula y aceptando la hipótesis alterna, el cual indica que: El programa “Volver a Vivir” influye significativamente en la dimensión desesperanza de la depresión geriátrica del Centro de Atención al Adulto Mayor, Lima – 2018.

Los resultados del presente estudio son coherentes con lo reportado por Angulo y Trujillo (2018), quienes observaron una notable diferencia en los niveles de depresión entre el pre y el post test. Así, los autores observaron que los adultos mayores sin depresión pasaron del 11% en el pre test, al 89% en el post test; así mismo, los adultos mayores con depresión pasaron del 89% en el pre test, al 11% en el post test. En la misma dirección, Torres et al. (2011), también hallaron que los niveles de depresión geriátrica en su dimensión

desesperanza, experimentó una disminución significativa después de la aplicación de un programa terapéutico de expresión plástica en la depresión de los adultos mayores.

El objetivo específico 2 propuesto en el presente estudio fue: Establecer los efectos del programa “Volver a vivir” en la dimensión estado de ánimo depresivo de los adultos mayores del Centro de Atención al Adulto Mayor. Al aplicar la prueba de McNemar para muestras relacionadas, se obtuvo un p-valor de 0,250, el cual es mayor al valor alfa 0.05; de ello se deduce que la aplicación del programa “Volver a vivir”, basado en el modelo cognitivo conductual no fue efectiva, dado que el nivel de depresión en su dimensión estado de ánimo deprimido no disminuyó notablemente entre el pre y el post test; de esta manera se concluye aceptando la hipótesis nula y rechazando la hipótesis alterna, lo cual indica que: No existe diferencia significativa en la dimensión estado de ánimo deprimido en los adultos mayores antes y después de la aplicación del programa de intervención “Volver a vivir”.

Los resultados obtenidos difiere con lo hallado por Angulo y Trujillo, quienes reportaron que si existe una diferencia significativa en el nivel de depresión geriátrica en la dimensión estado de ánimo deprimido entre el pre y el post test; los autores observaron que los sujetos sin depresión incrementaron del 5 al 95%; mientras que los sujetos con depresión disminuyeron del 95 al 5% de los adultos mayores evaluados, evidenciándose como problemas más frecuentes el sentirse inútil, sin energía, dejando sus actividades diarias.

Lo mismo ocurre con los resultados hallados por Torres et al. (2011), quienes también observaron que en la pre prueba prevalece un nivel alto de depresión geriátrica en su dimensión de estado anímico, mientras que, en la post prueba, obtuvieron niveles bajos de depresión, demostrando de esta manera que la aplicación de un programa terapéutico es efectivo en la disminución de la depresión geriátrica.

Por otro lado, se observó que del total de los adultos mayores evaluados, el 65% (13 personas) son mujeres, mientras que los varones totalizan el 35% (7 personas); éstos

resultados concuerdan con los trabajos publicados en nuestro medio, como por ejemplo, Caldas & Correa (2019), en la ciudad de Lima, observaron que el 63,3% de los adultos mayores participantes de su estudio fueron mujeres; así mismo, Angulo & Trujillo (2018), también en la ciudad de Lima reportaron que el 55,3% fueron de sexo femenino; Lanza (2018) en la ciudad de Puno reportó que en su estudio las mujeres totalizaron el 54,8% del total de la muestra de personas de la tercera edad; Huaccha (2017), también en la ciudad de Lima, halló que la prevalencia según sexo, es mayor en mujeres con un 82% del total de personas evaluadas; en la ciudad de Chachapoyas, Soplin (2015), indicó que el 65% de los adultos mayores fueron de sexo femenino. Por lo visto, a nivel nacional, existe una abrumadora evidencia de que el sexo femenino es el que prevalece ligeramente sobre el masculino, entre los adultos mayores.

Sin embargo, solo en el trabajo de Montenegro & Santisteban (2016), realizado en la ciudad de Lambayeque, se observó que las mujeres sólo alcanzan el 35% de su muestra total de adultos mayores, mientras que los varones representan el 65% del total de evaluados.

De acuerdo con la edad, se observa que las personas entre los 60 y 69 años totalizan el 70% de la muestra total; el grupo de personas comprendido entre los 70 y 79 años totaliza el 25% de todos los evaluados; sólo el 5% son adultos mayores entre los 80 y 89 años de edad. Esto indica que en un futuro no muy lejano tendremos mayor porcentaje de ancianos entre los 70 y los 90 años. En el Perú, como en otras partes del mundo, la población adulta mayor se viene incrementado notablemente; de acuerdo con el INEI (2018), el año 2017 se contaba con 3 345 552 adultos mayores, lo que equivale al 10,4% de la población peruana total. Se estima que para el año 2050 la cantidad de adultos mayores se incremente a 8 700 000 personas; de todos ellos, las mujeres prevalecen en una proporción de 3/2 (Blouin, Tirado & Mamani, 2018).

Según reportes informativos brindados por el Ministerio de Salud (MINSA,2003), sobre la situación de la salud mental de los ancianos, se informó que hay una prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en los adultos mayores observados, lo cual desencadena en ellos sensaciones de angustia y desesperación; del mismo modo, se puede indicar que en un estudio realizado a nivel de las provincias de Lima y El Callao en el año 2012, se observó que la prevalencia de depresión en la población adulta mayor fue de 9,8%, a su vez, se informó que la depresión se presenta más en mujeres que varones ancianos.

Una alternativa al modelo clásico de intervención clínica individual es la intervención por programas, actualmente uno de los modelos más empleados, que se caracteriza por ser una intervención directa sobre un grupo de personas, realizada al interior de los grupos, con carácter preventivo-promocional. Según los expertos brinda efectos positivos en el tratamiento de los diversos trastornos psicológicos, como es el caso del trastorno depresivo en personas adultas; dado que pone énfasis en el carácter preventivo, promocional y remedial, frente al carácter únicamente remedial o terapéutico del modelo clínico. (Boza, 2001).

CONCLUSIONES

1. El programa “Volver a vivir” influye significativamente en la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima – 2018. Es decir, que la intervención psicológica contribuye significativamente a la notable disminución de los niveles de depresión de las personas adultas mayores.
2. El programa “Volver a vivir” influye significativamente en la disminución de los niveles depresivos de la dimensión desesperanza en los adultos mayores intervenidos.
3. No existe diferencia significativa en la dimensión estado de ánimo deprimido, antes y después de la aplicación del programa “Volver a vivir”, de la depresión geriátrica del Centro de Atención al Adulto Mayor, Lima – 2018.
4. El nivel de depresión predominante en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, antes de aplicar el programa “Volver a Vivir”, es el nivel leve con un 80% del total de la muestra evaluada.
5. El nivel de depresión predominante en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, después de aplicar el programa “Volver a Vivir”, es el nivel normal (sin sintomatología depresiva), con un 70% del total de evaluados.
6. En la muestra evaluada se observó una prevalencia del género femenino (65%), frente al género masculino (35%).
7. El grupo etario prevalente es el intervalo de 60 a 69 años alcanzando el 70% de la muestra total; seguido de los adultos mayores comprendido entre los 70 y los 79 años de edad.

RECOMENDACIONES

1. Gestionar la realización de actividades y talleres diagnósticos tempranos para detectar posibles casos de depresión, ansiedad y otros trastornos, con la única finalidad de poder ser intervenidos oportunamente por profesionales especialistas en el tema.
2. Diseñar y aplicar las técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual u otros programas que la evidencia apoye su aporte significativo en el abordaje de trastornos afectivos en los adultos mayores.
3. Se sugiere a las autoridades del Centro de Atención Integral al Adulto Mayor del distrito de Santa Anita, dar a conocer los resultados del estudio para valorar la posibilidad de institucionalizar el uso del programa “Volver a Vivir” para el tratamiento de la depresión geriátrica de dicho centro.
4. Se recomienda a las autoridades, participantes y demás personas que revisen el estudio, e interpreten con cuidado los resultados de la investigación, dado que factores relacionados con el diseño y la metodología se cuentan con ciertas limitaciones a ser consideradas en el análisis de los mismos. Esto con la finalidad de evitar la generalización de los mismos en otras poblaciones y condiciones diferentes.
5. Se recomienda realizar estudios a mayor escala y diseño de investigación en la pirámide de evidencia; con la finalidad de obtener hallazgos que contribuyan con mayor objetividad al estado del arte.

6. Por la importancia del tema para la población senil se recomienda socializar los resultados a través de los diversos medios y canales de información con los que cuenta la Universidad Peruana Los Andes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albrecht, A. & Herrick, C. (2007). *100 Preguntas y Respuestas sobre la Depresión*. Madrid: EDAF, S. L. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=kh_4mfiIcjMC&pg=PA5&hl=es&source=gs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false
- Alonso, F. (2009). *Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo*. Revista de Salud Mental, vol. 32, núm. 6, noviembre-diciembre; pp. 443-445. México. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000600001
- Álvarez, V. & Hernández, J. (1998). *El modelo de intervención por programas. Aportaciones para una revisión*. Revista de Investigación Educativa, v. 16. n. 2; pp. 79-123.
- APA (2018) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition: DSM-5. American Psychiatric Pub. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- APA (2021) American Psychiatric Association. APA Dictionary of Psychology. Disponible en: <https://dictionary.apa.org/hopelessness>
- Angulo, G. & Trujillo, J. (2018). *Efectividad del taller de risoterapia “Magia en Acción Margrey” en el control de la depresión del adulto mayor en el Centro Gerontológico Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro – 2016*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Norbert Wiener; Lima. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/handle/123456789/2211>
- Ataucusi, M. & Diaz, N. (2016). Influencia del programa “Envejecimiento Saludable” para mejorar la percepción de la calidad de vida en adultos mayores de una Asociación

- del distrito de Ahuac. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Peruana Los Andes; Huancayo, Perú. Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/159>
- Bacca, Angela María, & González, Angélica, & Uribe Rodríguez, Ana Fernanda (2005). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 1(4),53-63. ISSN: 1657-8961. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=801/80112046006>
- Bausela, E. (2004). *Modelos de orientación e intervención psicopedagógica; modelo de intervención por programas*. *Revista de Psicología y Psicopedagogía: eduPsykhé*, Vol.3, N° 2; pp. 201-216. Universidad de León. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1071168>
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer. Disponible en: <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>
- Beck AT, Rush J, Shaw BF, Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A., Weissman, D. & Trexler, L. (1974). The measurement o pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 961-965.
- Blouin, C, Tirado E. & Mamani F. (2018). *La situación de la población adulta en el Perú: Camino a una nueva política*. Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Disponible en: <http://cdn01.pucp.education/idehpucp/wp-content/uploads/2018/11/23160106/publicacion-virtual-pam.pdf>
- Bonifaz, A. (2015). *Intervención para depresión geriátrica: Aplicación de Musicoterapia*. [Tesis de titulación profesional]. Universidad San Francisco de Quito; Quito, Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4121/1/113549.pdf>

- Boza, A. (2001). *Los equipos de orientación educativa de zona de Andalucía: modelos y programas de intervención*. Universidad de Huelva. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28073797_Los_Equipos_de_Orientacion_Educativa_de_zona_de_Andalucia_modelos_y_programas_de_intervencion
- Caldas, S. & Correa, M. (2018). *Depresión y deterioro cognitivo en personas adultas mayores de una residencia geriátrica*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Ricardo Palma; Lima. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2084/trece%20de%20mayo%202019%20%20%202222.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Casas, A. (2017). *Niveles de depresión en pacientes adultos mayores que asisten al centro de salud Ventanilla – Alta*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega; Lima, Perú. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1537/TRAB.SUF.PR_OF.%20CASAS%20ROJAS%20ADRIAN%20FRANCISCO%20ANTONIO.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Casanova, C., Delgado, S. & Esteves, S. (2009). *El médico de familia y la depresión del adulto mayor. Medicina Familiar y Comunitaria*; Uruguay. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/revistabiomedicina_nov_dic%202009/bio_elmedicodefamiliapdf
- CENETEC (2011) Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. *Guía de práctica clínica*. México, D.F. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud.
- CDR (2016) Congreso De La República. Ley de las Personas Adultas Mayores, Ley N° 30490. Enlace: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>

- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. John Wiley & Sons Inc.
- Costa, M. & Aguiñaga, A. (1998). *Programa de atención primaria de la depresión*. Módulo educativo sobre trastornos depresivos para médicos generales. MINSA. Programa Nacional de Salud Mental, OPS, INSM Hideyo Delgado Noguchi, Perú.
- Crespo, J.R. (2011). *Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de Los Cantones Azogues, Cañar, Tambo y déleg de la provincia del Cañar*. [Tesis de Titulación]. Universidad de Cuenca, Ecuador, 2011. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3497/1/MED68.pdf>
- Danger, E. (2013). *Síntomas físicos relacionados con depresión en adultos mayores de 60 años de edad en el CSRD*. Santa Catalina tabernillas. Estado de México. [Tesis de Titulación]. Universidad Autónoma del Estado de México. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14346/407093.pdf?sequence=1>
- D'Hyver, C. & Gutierrez, L. (2014). *Geriatría*. 3ra. Edición. Editorial el Manual Moderno S.A. de C.V.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4thed.). Boston: Allyn & Bacon México.
- Gonzales, M. & Robles, J. (2013). *Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro, diciembre de 2011*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Wiener; Lima, Perú. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/67/029%20EAP%20ENFERMER%c3%8dA%20GONZ%c3%81LES_NAVARRO%20%26%20ROBL ES_VARGAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Greenberg, S. (2012). The Geriatric Depression Scale (GDS). Hartford Institute for Geriatric Nursing, NYU College of Nursing, “Try this. Best Practices in Nursing Care to Older Adults, American Journal of Nursing”. Issue Number 4, Revised 2012.
- Guillén, L., Bueno, E., Gutiérrez, M. & Guerra, J. (2018). *Programa de actividad física y su incidencia en la depresión y bienestar subjetivo de adultos mayores*. Revista Retos, número 33, 2018 (1er. semestre). Disponible en:
<https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/49638/35594>
- Heinze, G. & Camacho, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la depresión*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; México. Disponible en:
http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_depresion.pdf
- Hernández, M. (2010). *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Autónoma del Estado de México; Atlacomulco, México. Disponible en:
<https://amapsi.org/Imagenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Huaccha, C. (2017). *La disminución de la gudeza visual e auditiva como factores de riesgo para la depresión en el CAM – La Molina*. [Tesis de titulación]. Universidad Ricardo Palma; Lima, Perú. Disponible en:
http://cybertesis.urp.edu.pe/browse?type=subject&sort_by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&value=Depresi%C3%B3n&starts_with=0
- INEI (2021) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Disponible en:
<https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/>

- INEI (2020) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Disponible en:
<http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/>
- INEI (2018) Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Situación de la población adulta mayor: enero-febrero-marzo 2018* [informe]. Lima.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informetecnico-n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf
- INEI (2016) Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Oficina Técnica de Difusión*. Perú. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic2015.pdf
- Kurlowicz, L. (2000). The geriatric depression scale (GDS). *Insight - the Journal of the American Society of Ophthalmic Registered Nurses*, 25(1), 18–19.
doi:10.1016/s1060-135x(00)90035-6.
- Lanza, D. (2018). *Terapia cognitivo conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno, marzo – mayo 2017*. [Tesis de titulación]. Universidad Nacional del Altiplano; Puno. Disponible en:
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/7128/Lanza_Pacheco_Dafm_e_Yovanna.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Licas, M. (2015). *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M. – V.M.T. 2014*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Lima, Perú. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4159/Licas_tm.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- López, M. (2018). *Arte terapia para reducir la depresión en el adulto mayor*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Rafael Landívar; Guatemala de la Asunción. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/42/Lopez-Maria.pdf>
- Martinez, J.; Vilches, R.; Dueñas, H.; Colomer, C.; Aguado, R. & Luque, L. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 620-630. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>
- Mercado, A., Oudhof, H. & Robles, E. (2014). *Visión existencial de la depresión en adultos mayores del valle de Toluca, Estado de México*. *Psicología Iberoamericana*, vol. 22, núm. 2, julio-diciembre; pp. 64-71. Distrito Federal, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1339/133938134008/>
- Millán, J. (2006). *Gerontología y Geriatría: Valoración e intervención*. Ed. Mc Grow Hill Interamericana. España; pp. 67 – 71. Disponible en: http://gerontologia.udc.es/new/documents/valoracion_intervencion.pdf
- MIMP (2013) Ministerio de la mujer y población vulnerable. *Cuaderno Sobre Población Vulnerable N°5; PLANPAM 2013-2017*. Disponible en: http://www.mimo.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dumpu/cuaderno_05_dumpu.pdf.
- MIMP (2006) Ministerio de la mujer y población vulnerable. *Plan nacional para las personas adultas mayores pdf pp.55 2006 – 2010*. Disponible en: http://www.upch.edu.pe/vrinue/gerontología/minsapdf/plan%20nacional%20para%20las%20personas%20adultas%20mayores%202006_2010%20para%20las%20personas.

- MSCH (2013) Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. *Guía Clínica AUGE Depresión en personas de 15 años y más*. Rev MINSAL [Internet]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
- MINSA (2001) Ministerio de Salud del Perú. *Lineamientos de política del sector salud 2002-2012*. Lima: MINSA. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/libros/pdf/s1/I-02.%20Los%20Lineamientos%20de%20politica%20nacional%20para%20el%20desarrollo%20de%20los%20recursos%20humanos%20de%20salud.pdf>
- MINSA (2003) Ministerio de Salud del Perú. *La Salud Integral: Compromiso de todos. El modelo de atención integral en salud*. Lima. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1880.pdf>
- MINSA (2010) Ministerio de Salud del Perú. *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las personas Adultas Mayores*. Lima. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
- MINSA (2018) Ministerio de Salud del Perú. *Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental, 2018*. Lima. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
- Montenegro, J. & Santisteban, J. (2016). *Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro Poblado Los Coronados Mochumí – Lambayeque – 2016*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Señor de Sipán; Pimentel, Lambayeque. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/760/MONTENEGRO%20VALDIVIA%20JESSICA%20DEL%20MILAGRO%20y%20SANTISTEBAN%20BALDERA%20YESSICA%20MEDALY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMS (2021) Organización Mundial de la Salud. *Temas de salud: Depresión*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- OMS (2017) Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- OMS (2015) Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- OMS (2013) Organización Mundial de la Salud. *Datos y estadísticas. La Salud Mental y los adultos mayores*. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9073:2013-depression-dementia-top-mental-disorders-people-over-60&Itemid=1926&lang=es
- Pérez Juste, R. & Galán González, A. (2006). Evaluación de programas educativos. Bordón. Revista De Pedagogía, 58(2), 271-272. Recuperado a partir de <https://recyt.fecyt.es/index.php/BORDON/article/view/39620>
- Ruiz, M.A.; Diaz, M. & Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. España: Biblioteca de psicología.
- Sales, A., Pardo, A., Mayordomo, T., Satorres, E. & Meléndez, J. (2015). *Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas*. Universidad Autónoma de Madrid, España. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Vol. 20, núm. 2, pp.165-172. Disponible en: http://www.aepcp.net/arc/07_2015_n2_varios.pdf
- Seguro, A. (2019). *Prevenir la depresión en la vejez*. 4to. Curso. Grado de Enfermería. Universidad Pública de Navarra. Disponible en: https://academic.e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/3/3373/segurola_111970_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Silverman D. (2017). *Doing qualitative research: a practical handbook*. 5ta. ed. London. Sage Publications.
- Sims, M., Ramírez, D., Pérez, K. & Gómez, K. (2017). *Intervención psicológica en adultos mayores con depresión*. Humanidades Médicas; 17(2); pp. 306-322. Centro de desarrollo de las ciencias sociales y humanísticas en salud. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/38/9295>
- Soplin, Ll. (2015). *Efectos de la musicoterapia sobre el estado de ánimo de los adultos mayores, programa del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas – 2015*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; Chachapoyas. Disponible en: <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/656/EFECTOS%20DE%20LA%20MUSICOTERAPIA%20SOBRE%20EL%20ESTADO%20DE%20%2c3%81NIMO%20DE%20LOS%20ADULTOS%20MAYORES%2c%20PROGRAMA%20DEL%20ADULTO%20MAYOR%2c%20HOSPITAL%20REGIONAL%20VIRGEN%20DE%20F%2c3%81TIMA%20CHACHAPOYAS%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Stanley, M. & Blair, A. (2009). *Enfermería geriátrica*. México Ed. McGraw Hill Interamericana. pp 111 – 116.
- Stucchi, S. (2010). Artículo “La depresión” Hospital Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/1.html>
- Toapanta, M.A. (2015). *Programa de recreación para disminuir la escala de depresión de los adultos mayores en el hogar de ancianos del Instituto Estupiñan*. [Tesis de titulación]. Universidad Regional Autónoma de los Andes; Ambato, Ecuador. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/376>

Zavaleta, L. (2018). *Influencia de un programa para disminuir la depresión en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo*. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Autónoma del Perú; Lima. Disponible en: <http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/AUTONOMA/802/1/Zavaleta%20Ramirez%2c%20Lourdes%20Cristina.pdf>

ANEXOS

Anexo 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Influencia del Programa “Volver a Vivir” en la depresión geriátrica en un Centro del Adulto Mayor, Lima - 2018.

Formulación del problema	Objetivos	Formulación de hipótesis	Variable (s) de investigación	Metodología
<p>Problema general ¿Cuál es la influencia del programa “Volver a Vivir” en la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima -2018?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es la influencia del programa “Volver a Vivir” en la dimensión desesperanza de la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima -2018? - ¿Cuál es la influencia del programa “Volver a Vivir” en la dimensión estado de ánimo deprimido de la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima -2018? 	<p>Objetivo general Determinar la influencia del programa “Volver a Vivir” en la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima -2018.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la influencia del programa “Volver a vivir” en la dimensión desesperanza de la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima - 2018. - Determinar la influencia del programa “Volver a vivir” en la dimensión estado de ánimo deprimido de la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima -2018. 	<p>Hipótesis General El programa “Volver a Vivir” influye significativamente en la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima - 2018.</p> <p>Hipótesis Específica</p> <ul style="list-style-type: none"> - El programa “Volver a Vivir” influye en la dimensión desesperanza de la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima - 2018. - El programa “Volver a Vivir” influye en la dimensión estado de ánimo deprimido de la depresión geriátrica del Centro del Adulto Mayor, Lima - 2018. 	<p>Variable Dependiente</p> <p>Nivel de Depresión</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desesperanza - Estado de ánimo deprimido <p>Variable Independiente</p> <p>Programa “Volver a Vivir”</p>	<p>Tipo de Estudio: Aplicada Experimental</p> <p>Nivel de investigación: Explicativo</p> <p>Diseño de Estudio: Preexperimental con un solo grupo experimental: 01 – X – 02 Donde: 01: Resultados del Pre-test 02: Resultados del Post-test X: Aplicación del Programa de Depresión “Volver a Vivir”.</p> <p>Población: La población estuvo constituida por 30 adultos mayores, de ambos del centro de Centro de Atención al Adulto Mayor, Lima - 2018.</p> <p>Muestra: La muestra se constituye por 20 adultos mayores; varones y mujeres del centro de Centro de Atención al Adulto Mayor, Lima - 2018.</p> <p>Instrumento: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage.</p>

Anexo 02: MATRIZ OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Matriz de operacionalización de variables – Variable Dependiente

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Naturaleza de la variable	Escala de medición
Variable dependiente: Depresión	Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2021).	Es la respuesta expresada por el adulto mayor, que se mide con la aplicación de la Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15) a un grupo de Adultos Mayores del Centro de Atención al Adulto Mayor del distrito de Santa Anita, teniendo en cuenta las dimensiones de desesperanza y estado de ánimo deprimido.	Desesperanza	• Satisfacción con la vida	1 ¿Esta Ud. básicamente satisfecho con su vida?	Cualitativa	Depresión normal, se encuentra en un rango de 0-5 puntos Depresión leve, se encuentra en un rango de 6-9 puntos Depresión severa, se encuentra en un rango de 10-15 puntos
				• Siente la vida vacía	3. ¿Siente que su vida está vacía?		
				• Miedo	6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?		
				• Problemas de memoria	10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?		
				• Es maravilloso estar vivo	11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?		
				• Creer que los demás están mejor	15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que usted?		
			Estado de ánimo deprimido	• Actividad	2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?		
				• Aburrido	4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?		
				• Talante	5. ¿Esta Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?		
				• Feliz	7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
				• Sin esperanza	8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?		
				• No hacer cosas nuevas	9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?		
				• Piensa que no vale	12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?		
• Energía	13. ¿Se siente lleno de energía?						
• Situación desesperada	14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?						

Matriz de operacionalización de variables – Variable Independiente

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Ítems	Naturaleza de la variable	Escala de medición
<p>Variable independiente:</p> <p>Programa “Volver a vivir”</p>	<p>Es el conjunto de técnicas e intervenciones terapéuticas orientadas a un grupo de personas diseñadas con la finalidad de disminuir el nivel de depresión en los adultos mayores.</p>	<p>Es el conjunto de sesiones terapéuticas basadas en el análisis de dimensiones de la escala de depresión geriátrica GDS-15 y el modelo cognitivo de la depresión planteado por Aaron Beck. Consta de 15 sesiones con actividades y dinámicas participativas e incluye las sesiones de medición pre y post test.</p>	<p>Sesión 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>Resultado de pre-test Resultado de post-test</p>

Anexo 03: MATRIZ OPERACIONALIZACIÓN DEL INSTRUMENTO

Matriz de operacionalización del instrumento

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala valorativa	Escala de medición	Instrumento
Desesperanza	• Satisfacción con la vida	1. ¿Esta Ud. básicamente satisfecho con su vida?	<ul style="list-style-type: none"> • Normal, se encuentra en un rango de 0-5 puntos • Depresión leve, se encuentra en un rango de 6-9 puntos • Depresión severa, se encuentra en un rango de 10-15 puntos 	Ordinal	Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15)
	• Siente la vida vacía	3. ¿Siente que su vida está vacía?			
	• Miedo	6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?			
	• Problemas de memoria	10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?			
	• Es maravilloso estar vivo	11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?			
	• Creer que los demás están mejor	15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que usted?			
Estado de ánimo deprimido	• Actividad	2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?			
	• Aburrido	4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?			
	• Talante	5. ¿Esta Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?			
	• Feliz	7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?			
	• Sin esperanza	8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?			
	• No hacer cosas nuevas	9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?			
	• Piensa que no vale	12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?			
	• Energía	13. ¿Se siente lleno de energía?			
• Situación desesperada	14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?				

Anexo 04: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA DE YESAVAGE

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

Nº PREGUNTAS

Nº	PREGUNTAS	SÍ	NO
1	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SÍ	NO
3	¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SÍ	NO
5	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	SÍ	NO
6	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SÍ	NO
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SÍ	NO
9	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SÍ	NO
11	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	SÍ	NO
12	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SÍ	NO
13	¿Se siente lleno de energía?	SÍ	NO
14	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SÍ	NO
15	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SÍ	NO

Anexo 05: CONSTANCIA DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO



Municipalidad Distrital
de Santa Anita

CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE SUB GERENCIA DE DESARROLLO HUMANO, PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y OMAPED DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SANTA ANITA,

Que, la Señora JUSTINA RAMOS BERNABÉ, identificada con DNI N.º 10246244, Bachiller de la carrera Profesional de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Los Andes, con código de matrícula N.º E05752I, aplicó instrumentos de investigación a los Adultos Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM – Santa Anita) para desarrollar su proyecto titulado Programa “VOLVER A VIVIR” para disminuir la sintomatología depresiva del adulto mayor de Lima 2018, el cual se desarrolló en 15 sesiones.

Se expide este Presente documento a solicitud del interesado, para los fines que estime conveniente.

Santa Anita, 31 de diciembre del 2018

 MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SANTA ANITA

ALVARO RENZO NATA JACO
SUB GERENTE DE DESARROLLO HUMANO,
PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y OMAPED

Av. Eucaliptos Cdra. 112 S/n Coop. Vivienda Universal - Santa Anita

Anexo 06: CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Confiabilidad del instrumento

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,757	15

En el cuadro anterior se observa que el valor Alfa de Cronbach es de 0,757, para Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Abreviada); según la valoración de George y Mallery (2003) que sugieren un criterio general de recomendaciones para evaluar el coeficiente del Alfa de Cronbach. Se tiene la siguiente clasificación:

VALOR	COEFICIENTE	CRITERIO
>	0,9	Excelente
>	0,8	Bueno
>	0,7	Aceptable
>	0,6	Relativamente aceptable
>	0,5	Cuestionable
<	0,5	Deficiente

Por lo tanto, se puede afirmar que el instrumento posee una Confiabilidad: aceptable.

Validez del Instrumento.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (ABREVIADA)

CRITERIO U OPINIÓN	Nº DE JUECES	ACUERDOS	V. AIKEN (V)	DESCRIPTIVO
Adecuado	3	3	1,00	Válido

El instrumento fue sometido a una prueba de validez, mediante el método de consistencia interna y técnica de juicio de expertos; tres jueces dieron su veredicto a los test como válidos ya que cumplen con los requisitos establecidos para llevar a cabo su aplicación; para ello, se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- **Suficiencia de los ítems:** Los ítems que pertenecen a una misma dimensión sirven para obtener su medición.
- **Relevancia:** El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.
- **Coherencia:** El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.
- **Claridad de los ítems:** El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.

La validez de cada ítem se obtuvo considerando el promedio de la validez en cada uno de los aspectos mencionados anteriormente, mientras que la validez total del instrumento, se obtuvo considerando el promedio de todos los ítems, el cual se calcula a través de la fórmula:

$$V = \frac{S}{n(c - 1)}$$

Donde:

S = Sumatoria de valoraciones positivas emitidas por los jueces.

N = Número de jueces.

C= Número de valores de la escala de valoración (dicotómico o politómico)

Todos los ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Abreviada), son válidos, por lo tanto:

$$V = \frac{3}{3(2 - 1)} = \frac{3}{3(1)} = \frac{3}{3} = 1$$


CONSTANCIA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

Yo, JOSE RAFAEL RODRIGUEZ FALLA, con DNI N° 09951176 que laboro en la institución HUMAN GOLD VISION S.A.C como psicólogo con CPSP N° 6890, certifico haber revisado el programa de intervención "VOLVER A VIVIR" y el instrumento de evaluación "Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage" presentada por la Bach. Justina Ramos Bernabé, para elaborar su tesis titulada "PROGRAMA VOLVER A VIVIR Y NIVELES DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, LIMA – 2018". Determinándose una opinión de aplicabilidad, del programa y del instrumento, como bueno y promedio de valoración de 90%.

Se firma la constancia para el trámite pertinente de la interesada y pueda cumplir con los requisitos para la tesis que se encuentra elaborando.

Atte.

Mg. Rafael Rodríguez Falla
PSICOLOGO
C.Ps. P.0690



Firma y Sello

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

Yo, Carlos ONETO MENDOZA, con DNI N° 07232324 que laboro en la institución Escuela Superior de Guerra del Ejército – Escuela de Post-grado como docente-psicólogo con CPSP N° 0472, certifico haber revisado el programa de intervención "VOLVER A VIVIR" y el instrumento de evaluación "Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage" presentada por la Bach. Justina Ramos Bernabé, para elaborar su tesis titulada "PROGRAMA VOLVER A VIVIR Y NIVELES DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, LIMA – 2018". Determinándose una opinión de aplicabilidad, del programa y del instrumento, como muy bueno y promedio de valoración de 0.94 y 0.92 respectivamente.

Se firma la constancia para el trámite pertinente de la interesada y pueda cumplir con los requisitos para la tesis que se encuentra elaborando.

Atte.



114757700
CARLOS ONETO MENDOZA
Mg. Psic. Docente
ESGE-EPG

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

Yo, JAIME ALBERTO RAMOS CLAVIJO, con DNI N° 07455528 que laboro en la institución CENTRO DE SALUD "LADERAS DE CHILLÓN" – PUENTE PIEDRA, como psicólogo con CPSP N° 11359, certifico haber revisado el programa de intervención "VOLVER A VIVIR" y el instrumento de evaluación "Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage" presentada por la Bach. Justina Ramos Bernabé, para elaborar su tesis titulada "PROGRAMA VOLVER A VIVIR Y NIVELES DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, LIMA – 2018". Determinándose una opinión de aplicabilidad, del programa y del instrumento, como bueno y promedio de valoración de 95%.

Se firma la constancia para el trámite pertinente de la interesada y pueda cumplir con los requisitos para la tesis que se encuentra elaborando.

Atte.


JAIME ALBERTO RAMOS CLAVIJO
PSICOLOGO
C.Ps. P. 11359

Anexo 07: BASE DE DATOS

INSTRUMENTO - TEST YESAVAGE – PRE TEST																					
N°	PREGUNTAS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
1	¿Esta Ud. básicamente satisfecho con su vida?	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1
3	¿Siente que su vida está vacía?	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1
5	¿Esta Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0
6	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0

INSTRUMENTO - TEST YESAVAGE – PRE TEST

N°	PREGUNTAS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
9	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1
10	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1
11	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1
12	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
13	¿Se siente lleno de energía?	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1
14	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0
15	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que usted?	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0

INSTRUMENTO - TEST YESAVAGE – POST TEST

N°	PREGUNTAS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
1	¿Esta Ud. básicamente satisfecho con su vida?	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
3	¿Siente que su vida está vacía?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1
5	¿Esta Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
9	¿Prefiere Ud. quedarse en casa?	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0

INSTRUMENTO - TEST YESAVAGE – POST TEST

N°	PREGUNTAS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
	a salir a hacer cosas nuevas?																				
10	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	¿Se siente lleno de energía?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
14	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
15	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que usted?	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Anexo 08: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, RAMOS BERNABÉ, Justina, identificada con D.N.I. N°10246244, bachiller de la Escuela Académico Profesional de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Los Andes, habiendo implementado el proyecto de investigación denominado "INFLUENCIA DEL PROGRAMA "VOLVER A VIVIR" EN LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN UN CENTRO DEL ADULTO MAYOR, LIMA - 2018", en ese contexto declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de investigación de acuerdo a lo especificado en los artículos 27 y 28 del Reglamento General de Investigación y en los artículos 4 y 5 del Código de Ética para la investigación científica de la Universidad Peruana Los Andes, salvo con autorización expresa y documentada de algunos de ellos.

Lima, 28 de enero del 2021



Justina Ramos Bernabé

DNI. 10246244

Anexo 09: COMPROMISO DE AUTORÍA

COMPROMISO DE AUTORÍA

Yo, RAMOS BERNABÉ, Justina, identificada con D.N.I. N°10246244; bachiller de la Escuela Académico Profesional de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Los Andes, me comprometo en asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada "INFLUENCIA DEL PROGRAMA "VOLVER A VIVIR" EN LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN UN CENTRO DEL ADULTO MAYOR, LIMA - 2018", se hubiese considerado datos falsos, hechos de falsificación, plagio, etc. En este sentido, declaro bajo juramento que el presente trabajo de investigación es de mi autoría y los datos presentados son reales, así como se ha respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.

Lima, 28 de enero del 2021



Justina Ramos Bernabé

DNI: 10246244

Anexo 10: CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor(a):

.....
con el debido respeto me presento ante usted, soy Bachiller de la Carrera de Psicología de la Universidad Peruana Los Andes – Filial Lima. En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre el Programa “Volver a Vivir” para disminuir la sintomatología depresiva de los Adultos Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, en el distrito de Santa Anita, 2018 y para ello quisiera contar con su valiosa colaboración.

El trabajo está referido a la aplicación de la prueba psicológica: Escala de Depresión geriátrica de Yesavage, que se aplicará al inicio y final del programa establecido. Se le informa detalladamente sobre los procedimientos del presente estudio. Si tuviera alguna duda, puede expresar con toda libertad, para luego responder a cada una de ellas.

Muchas gracias por su colaboración.

Atentamente,

.....
Justina Ramos Bernabé
DNI N°: 10246244

Yo,.....
con número de DNI N°:....., acepto participar en la investigación sobre el Programa para disminuir la sintomatología depresiva de los Adultos Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, en el distrito de Santa Anita, 2018 a cargo de la bachiller en psicología: Justina Ramos Bernabé.

Día: 06.1.02.1.2018.

.....
Firma y huella digital

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO


Señor(a):

.....
con el debido respeto me presento ante usted, soy Bachiller de la Carrera de Psicología de la Universidad Peruana Los Andes – Filial Lima. En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre el Programa **“Volver a Vivir” para disminuir la sintomatología depresiva de los Adultos Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, en el distrito de Santa Anita, 2018** y para ello quisiera contar con su valiosa colaboración.

El trabajo está referido a la aplicación de la prueba psicológica: **Escala de Depresión geriátrica de Yesavage**, que se aplicará al inicio y final del programa establecido. Se le informa detalladamente sobre los procedimientos del presente estudio. Si tuviera alguna duda, puede expresar con toda libertad, para luego responder a cada una de ellas.

Muchas gracias por su colaboración.

Atentamente,



Justina Ramos Bernabé
DNI N°: 10246244

Yo,
con número de DNI N°:, acepto participar en la investigación sobre el Programa **para disminuir la sintomatología depresiva de los Adultos Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, en el distrito de Santa Anita, 2018** a cargo de la bachiller en psicología: Justina Ramos Bernabé.

Día: 06.03.2018



Firma y huella digital



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor(a):

.....
con el debido respeto me presento ante usted, soy Bachiller de la Carrera de Psicología de la Universidad Peruana Los Andes – Filial Lima. En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre el **Programa “Volver a Vivir” para disminuir la sintomatología depresiva de los Adultos Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, en el distrito de Santa Anita, 2018** y para ello quisiera contar con su valiosa colaboración.

El proceso consiste en la aplicación de la prueba psicológica: **Escala de Depresión geriátrica de Yesavage**, que se aplicará al inicio y final del programa establecido. De aceptar participar en la investigación, afirmo haberle informado de todos los procedimientos de la investigación. En caso tenga alguna duda con respecto a algunas preguntas se le explicará cada una de ellas.


Gracias por su colaboración.

Atentamente,


Justina Ramos Bernabé
DNI N°: 10246244

Yo,.....co
n número de DNI N°:..... acepto participar en la investigación sobre el **Programa para disminuir la sintomatología depresiva de los Adultos Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, en el distrito de Santa Anita, 2018** a cargo de la bachiller en psicología: Justina Ramos Bernabé.

Día: 06.02.2018.


Firma y huella digital



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO


Señor(a):

.....
con el debido respeto me presento ante usted, soy Bachiller de la Carrera de Psicología de la Universidad Peruana Los Andes – Filial Lima. En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre el **Programa “Volver a Vivir” para disminuir la sintomatología depresiva de los Adultos Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, en el distrito de Santa Anita, 2018** y para ello quisiera contar con su valiosa colaboración.

El proceso consiste en la aplicación de la prueba psicológica: **Escala de Depresión geriátrica de Yesavage**, que se aplicará al inicio y final del programa establecido. De aceptar participar en la investigación, afirmo haberle informado de todos los procedimientos de la investigación. En caso tenga alguna duda con respecto a algunas preguntas se le explicará cada una de ellas.

Gracias por su colaboración.

Atentamente,



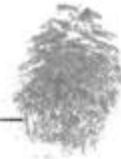
Justina Ramos Bernabé
DNI N°: 10246244

Yo,.....co
n número de DNI N°:....., acepto participar en la investigación sobre el **Programa para disminuir la sintomatología depresiva de los Adultos Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, en el distrito de Santa Anita, 2018** a cargo de la bachiller en psicología: Justina Ramos Bernabé.

Día: 06.08.2018.



Firma y huella digital



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor(a):

.....
con el debido respeto me presento ante usted, soy Bachiller de la Carrera de Psicología de la Universidad Peruana Los Andes – Filial Lima. En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre el **Programa “Volver a Vivir” para disminuir la sintomatología depresiva de los Adultos Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, en el distrito de Santa Anita, 2018** y para ello quisiera contar con su valiosa colaboración.

El proceso consiste en la aplicación de la prueba psicológica: **Escala de Depresión geriátrica de Yesavage**, que se aplicará al inicio y final del programa establecido. De aceptar participar en la investigación, afirmo haberle informado de todos los procedimientos de la investigación. En caso tenga alguna duda con respecto a algunas preguntas se le explicará cada una de ellas.

Gracias por su colaboración.

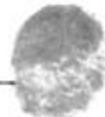
Atentamente,

.....
Justina Ramos Bernabé
DNI N°: 10246244

Yo,.....
número de DNI N°:....., acepto participar en la investigación sobre el **Programa para disminuir la sintomatología depresiva de los Adultos Mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, en el distrito de Santa Anita, 2018** a cargo de la bachiller en psicología: Justina Ramos Bernabé.

Día: 06/08/2018.

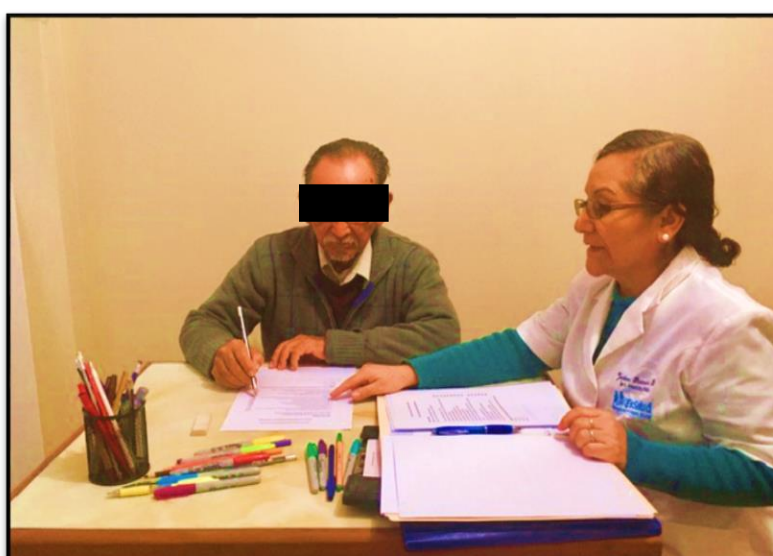
.....
Firma y huella digital



Anexo 11: FOTOS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA



Exposición de presentaciones Charlas del programa



Aplicación individual del instrumento



Ludoteca – Activación conductual



Charla con adultos mayores y familiares



Reforzamiento positivo post dinámicas



Promoción de actividades alegóricas conmemorando fechas especiales



Desarrollo de actividades de activación conductual I



Desarrollo de actividades de activación conductual II



Charlas sobre depresión y afrontamiento



Participación de los adultos mayores en las dinámicas

Anexo 12: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: “VOLVER A VIVIR”

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

PSICOLÓGICA

“VOLVER A VIVIR”



Autora:

Bach. Justina Ramos Bernabé

Lima – 2018

PROGRAMA “VOLVER A VIVIR”

DATOS GENERALES:

Institución	:	Centro Integral de Atención al Adulto Mayor en el distrito de Santa Anita
Responsables del programa	:	Bach. Justina Ramos Bernabé
Fecha de presentación	:	Septiembre del 2018

I. JUSTIFICACIÓN:

El Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – Santa Anita, inicialmente llamado ‘La Casa del Adulto Mayor’, viene funcionando desde el mes de junio del año 2012.

Uno de sus objetivos es generar este tipo de espacios que beneficien la salud y la valoración personal de la población con el fin de lograr una sociedad totalmente inclusiva, en donde los adultos mayores sean respetados y valorados como se lo merecen.

El programa “Volver a Vivir”, es un conjunto de actividades dirigidas a mejorar la calidad de vida y está orientado a permitir que el adulto mayor logre identificar y alcanzar mejores niveles de bienestar mental en su vida presente y futura previniendo los problemas de salud más comunes de este grupo generacional por causa de la depresión.

La psicoterapia grupal cumple un rol importante, mediante la utilización de diferentes técnicas, estrategias y habilidades para alcanzar los objetivos trazados. En la presente investigación, la psicoterapia grupal busca mejorar el autoconocimiento, la autoestima, las habilidades sociales y las relaciones interpersonales, recuperando su estabilidad emocional, autoestima y logrando disminuir los síntomas de la depresión.

El instrumento a utilizar para la recopilación de datos de la variable dependiente, será la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

II. FUNDAMENTO TEÓRICO:

El programa “Volver a Vivir” se fundamenta en los postulados teóricos de la Terapia Cognitiva planteado por Aaron Beck (1983). De acuerdo con Beck, el Modelo

Cognitivo Conductual (MCC) manifiesta como supuesto teórico que “los efectos y la conducta que tiene un individuo están en gran medida determinados por el modo en que estructura el mundo”. Esto quiere decir que el MCC se centra en la atención de las cogniciones, identificadas como elementos básicos de intervención, debido a que los pensamientos son fortalecidos por aquellas actitudes que se han aprendido a lo largo de las experiencias previas que ha tenido el paciente, y que han sido elaboradas correcta e incorrectamente; llegando así a formar y reforzar los comportamientos que realiza la persona en su entorno.

De acuerdo con Beck, las cuatro principales características que debe ofertar una intervención cognitivo conductual al paciente, radican en que éste deberá ser activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado.

Las primeras características hacen referencia a que, dentro de la intervención, la relación existente entre paciente y terapeuta debe de ser activa; es decir que el terapeuta se encontrará en continua actividad e interacción intencionadamente con el paciente, fungiendo un papel de guía a lo largo de las sesiones de intervención. Al igual que la participación activa del paciente, pues es de considerar que es la persona indicada para reformular las cogniciones existentes.

La segunda, menciona que el proceso debe de ser directivo, debido a que debe poseer un objetivo de intervención, el cual será atendido mediante la estructuración que le dé el terapeuta a lo largo de las sesiones, con la finalidad de atender las demandas del paciente mediante el empleo de técnicas y estrategias que permitirán el cumplimiento del objetivo de la terapia.

Así también, la intervención bajo el MCC deberá ser estructurado en función del objetivo terapéutico que manifieste el paciente; con base en esto, el terapeuta estructurará la terapia de acuerdo al tiempo, técnicas y estrategias que empleará para que el paciente participe activamente en la reestructuración de sus cogniciones y comportamientos.

Y la última característica que enuncia Aaron Beck, manifiesta el tiempo limitado que deberá poseer el proceso de intervención; durante éste, el terapeuta debe de formular estrategias encaminadas a cumplir con el objetivo terapéutico.

Para lograr un tratamiento efectivo con este modelo, es conveniente considerar un conjunto de elementos para fortalecer la relación terapéutica a la hora de la intervención. De acuerdo con Beck (1983), el terapeuta deberá de contemplar tres elementos indispensables que van a influir a lo largo del tratamiento, las cuales son: aceptación,

empatía y autenticidad. Éstas serán determinantes para lograr un incremento en la efectividad del tratamiento mediante las actitudes y conductas que el terapeuta emita durante la intervención.

El programa psicoeducativo elaborado para el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – Santa Anita, ha sido elaborado considerando el modelo cognitivo de depresión que planteó Beck (Beck, Rush, Emery, 1979; Clark, Beck, Alford, 1999) que abarca tres elementos básicos: triada cognitiva negativa, esquemas negativos y distorsiones cognitivas.

- La triada cognitiva consiste en las ideas y actitudes negativas que los individuos deprimidos tienen manifestando opiniones negativas de sí mismos, del mundo y del futuro.
- Los esquemas negativos son patrones de pensamiento constantes y duraderos que ocasionan la percepción generalizada de una situación en función de experiencias pasadas.
- Las distorsiones cognitivas se manifiestan mediante la abstracción selectiva, magnificación, personalización, pensamiento dicotómico e inferencia arbitraria que realiza el individuo como manera de percibir las situaciones que vive en su mundo exterior.

Para lo cual se han planteado objetivos tomando en cuenta técnicas que permitirán abordar cada uno de los componentes del modelo planteado por Beck. Estas técnicas de afrontamiento de la depresión son: reestructuración cognitiva, terapia de resolución de problemas, terapia de autocontrol, activación conductual y entrenamiento en habilidades sociales (Ruiz et. al., 2012); además de un componente de estilo de vida saludable que permitirá abordar aspectos complementarios a la salud integral del adulto mayor.

Finalmente, este programa permitirá que el adulto mayor logre identificar y alcanzar mejores niveles de bienestar mental en su vida presente y futura, previniendo los problemas de salud más comunes de este grupo generacional por causa de la depresión.

III. OBJETIVO GENERAL:

Disminuir los síntomas de la depresión mediante la realización de actividades teóricas y prácticas que conlleven al desarrollo de habilidades y destrezas en los adultos mayores para enfrentar y superar los efectos físicos y psicológicos de la sintomatología depresiva.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los niveles de depresión antes y después de emprender el desarrollo del programa “Volver a Vivir”, mediante la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, con la finalidad de tener una línea base para la intervención psicoeducativa.
- Brindar información precisa acerca del proceso de envejecimiento y conozca cómo se manifiesta la depresión en esta etapa de la vida, los efectos físicos y psicológicos de la sintomatología depresiva, de modo que conozcan las consecuencias que trae consigo este trastorno emocional.
- Lograr la comprensión y abordaje de los pensamientos disfuncionales, mediante la presentación de vídeos, escenificaciones y ejercicios prácticos a fin de permitirles cambiar pensamientos y creencias que dificultan su vida diaria.
- Mejorar la capacidad de resolución de problemas, a través de charlas y role playing, a fin de que los conceptos prácticos se afiancen en los participantes.
- Brindar técnicas para incrementar las habilidades de autocontrol de los participantes, mediante charlas, dinámicas y ejercicios para regular los impulsos y alcanzar un mayor equilibrio personal y relacional.
- Fomentar el reforzamiento positivo en la consecución de metas y la activación conductual en los participantes.
- Incrementar las habilidades sociales e interpersonales de los participantes, permitiendo la autoconfianza y valoración de los mismos.
- Promover la adopción de un estilo de vida saludable para los adultos mayores.
- Lograr la participación activa de la muestra de estudio en las sesiones programadas.

V. METODOLOGÍA:

El programa de intervención psicológica “Volver a Vivir” busca que los adultos mayores logren eliminar o disminuir los síntomas depresivos. Su aplicación en 20 adultos mayores, entre varones y mujeres de 60 años a más del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – Santa Anita, permitirá reforzar o adquirir en ellos habilidades y destrezas, incorporar estímulos positivos que les permita mantener en el tiempo las prácticas adquiridas en el programa.

El programa está conformado por 15 sesiones, cada una de ellas desarrolla actividades enfocadas en lograr los objetivos específicos del programa, mediante la

realización de charlas, dinámicas de integración, actividades lúdicas, actividades recreativas, entre otros.

El programa inicia con la aplicación del Pre Test a la muestra de adultos mayores en la primera sesión del programa “Volver a Vivir”.

Cada sesión inicia con una presentación con la finalidad de explicar los objetivos de cada sesión y fomentar la participación activa de los participantes. Luego se combinan sesiones de charlas acerca de los temas de interés del programa y sesiones prácticas que incluyen dinámicas, actividades de integración, relajación, educativas que incorporan el baile y proyección de películas con el propósito de lograr la activación grupal durante las sesiones.

El programa culmina con la aplicación del post test, para saber si se logró cumplir con el objetivo propuesto.

Finalmente, el programa presenta las sesiones en el siguiente formato:

- **Actividad**

Se presentará el nombre de la actividad a realizar en la sesión: charla, taller, video, terapia grupal, dibujo, baile, música, entre otros.

- **Objetivos**

Se especificará los objetivos claros y precisos por cada sesión terapéutica y actividad.

- **Descripción**

En el procedimiento de las sesiones se hace una breve descripción de las actividades que desarrollarán, mostrando en cada una de ellas, las ideas puntuales a las que se pretende que los adultos mayores lleguen a comprender.

- **Recursos- Materiales:**

Los implementos y recursos necesarios que se utilizarán dentro de las sesiones facilitarán su comprensión hacia el tema expuesto.

- **Tiempo:**

Tiempo que se considera necesario para realizar la actividad.

VI. PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA

En esta sección se describe la planificación que se llevó a cabo para lograr los objetivos del programa, centrándonos en el proceso de la intervención.

Fase 1: Valoración de los beneficiarios

En esta fase se evaluaron los aspectos en los que hay que incidir para mejorar y conseguir los objetivos del programa en cada uno de los participantes. Para esto se realizaron entrevistas individuales que permitan conocer la situación de cada adulto mayor y mediante el análisis funcional identificar problemáticas y situaciones a partir de las cuales se diseñen las estrategias comunes que puedan ser abordadas mediante la psicoterapia grupal.

En esta fase se realizó la evaluación pre test de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

Fase 2: Diseño del programa de intervención grupal

En esta etapa se diseñó el programa de intervención bajo el enfoque de psicoterapia grupal, buscando promover la interacción entre los participantes. Se combinaron actividades orientadas a los principios de la terapia cognitiva de Beck para la depresión y el entrenamiento en habilidades y competencias para su desempeño en la comunidad. Las actividades del programa se orientaron a: disminuir el pensamiento disfuncional, mejorar la capacidad de resolución de problemas, mejorar las habilidades de autocontrol, promover el reforzamiento positivo e incrementar las habilidades sociales e interpersonales.

Fase 3: Intervención

El programa de intervención permitió el desarrollo de sesiones ligadas a cumplir los objetivos de la intervención

- Recursos para afrontar la depresión, mediante la exposición de charlas y estrategias prácticas para afrontar la sintomatología depresiva.
- Reestructuración cognitiva, para la corrección de patrones disfuncionales del pensamiento.
- Activación conductual, mediante el aumento de conductas positivas y sus reforzadores, así como el desarrollo de actividades gratificantes.
- Terapia de autocontrol, fomentando el autoconocimiento y adquisición de habilidades de gestión de emociones.

- Terapia de resolución de problemas, mediante la presentación de la metodología práctica que sirva de herramienta para los participantes al resolver sus propios problemas.
- Habilidades sociales, mediante la exposición práctica de técnicas para el manejo saludable de las relaciones personales y la comunicación asertiva.
- Estilo de vida saludable, mediante el fomento de prácticas para una alimentación saludable, actividades físicas y recreativas.

Esta fase finalizó con la evaluación post test de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

Fase 4: Evaluación y seguimiento

Esta fase se orientó a evaluar la calidad e impacto de las sesiones. Permitió recopilar datos durante las fases anteriores, analizar la información recopilada.

Fue muy importante la labor del asistente social del centro quien llevó a cabo el seguimiento de cada adulto mayor y permitió que se recogieran datos de seguimiento registrando cambios, conductas e incidencias de cada uno de los adultos mayores del centro y su evolución en los aspectos que se perseguía lograr y así determinar el impacto de cada una de las sesiones del programa.

VII. TÉCNICAS UTILIZADAS:

Técnica de presentación: permiten que los participantes se presenten ante el grupo, conozcan a los otros participantes, creando de esta manera un ambiente fraterno, participativo y horizontal en el trabajo de intervención psicológica.

Técnica psicométrica: (aplicación de pre y post test) se encamina en diagnosticar conocimientos antes y después de la aplicación del programa. Esta técnica exige el conocimiento del contenido que será tratado y requiere la participación activa.

Técnica expositiva (Ideas a transmitir): La exposición como aquella técnica que consiste principalmente en la presentación oral de un tema. Su propósito es "transmitir información de un tema, propiciando la comprensión del mismo" Para ello el expositor se auxilia en algunas ocasiones de encuadres fonéticos, ejemplos, analogías, dictado, preguntas o algún tipo de apoyo visual; todo esto establece los diversos tipos de exposición que se encuentran presentes y que se abordan a continuación: exposición con preguntas, en donde se favorecen principalmente aquellas preguntas de comprensión y que tienen un papel más enfocado a promover la participación grupal.

Dinámica grupal: Una de las técnicas más conocidas de la Dinámica grupal aplicada son los ejercicios y casos problema, los que han recibido diversos nombres como: Juegos experienciales, Ejercicios vivenciales, Experiencias estructuradas o el más común: Dinámicas grupales.

Las Dinámicas grupales adquieren un valor específico de diversión que no sólo estimula emotividad y la creatividad, sino que también introduce dinamismo y tensión positiva en los grupos. A las Dinámicas grupales también se les ha llamado "vivenciales", porque hacen vivir o sentir una situación real. Lo cual es muy importante porque hoy más que nunca la educación se vuelve formativa y deja de ser informativa para convertirse en conocimiento vivencial.

Phillips 66 (Participación grupal): Es una técnica que no requiere preparación previa y puede tratarse en cualquier grupo y para analizar cualquier tema. Permite la participación de todos los miembros y que éstos puedan confrontar puntos de vista y lograr un esclarecimiento mutuo de las ideas. La clave de su nombre radica en el autor que propone la técnica que debe desarrollarse en un grupo de seis personas en una discusión de seis minutos. Cada miembro expone y el representante realiza la conclusión sobre la base de lo expuesto; la lee para obtener la aprobación de los seis participantes. Cada representante lee al grupo general y el expositor sintetiza en una conclusión final.

Lectura: Estimula el análisis y la reflexión de los participantes. Consiste en que el facilitador realiza la lectura de una historia, cuento o fábula a los participantes con el objeto de que ellos realicen un análisis, evoquen situaciones de su vida y emociones que sean significativas para ellos.

Videoteca: Permite mediante la proyección de películas, la visualización de protagonistas, escenarios distintos y temáticas variadas estimular el análisis y reflexión de las situaciones de cada película, fomentando el debate grupal para lograr un claro aprendizaje de las conductas adaptativas y mal adaptativas de los personajes.

Ludoteca: Incorpora a la terapia la ejecución de actividades lúdicas, juegos competitivos y de integración que permitirá al participante expresarse, explorar sus pensamientos, aumentar su autoestima y confianza y propiciar la mejora del control de sus emociones.

Role-Playing: Estrategia para cambiar creencias disfuncionales, mediante la práctica de conductas y establecer debates que permitan incrementar la competencia y habilidad para abordar situaciones. Permiten comprobar o refutar las hipótesis planteadas en relación a las creencias de los participantes ante una acción o interacción determinada.

Esta técnica consiste en reproducir una situación o problema real. Los participantes deberán representar varios papeles siguiendo instrucciones precisas en un determinado tiempo. Se usan para presentar situaciones problemáticas, ideas y contrapuestas, actuaciones contradictorias, para luego suscitar la discusión y la profundización del tema.

Lluvia de ideas: La lluvia de ideas es una técnica en la que un grupo de personas, en conjunto, crean ideas, las exponen y anotan de manera ordenada. Permite unificar las ideas o conocimientos que cada uno de los participantes tiene sobre un tema y colectivamente llegar a una síntesis conclusiones o acuerdos comunes.

Relajación: Permite reducir el estado de activación fisiológica, facilitando la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la sensación de paz interior. Sus efectos no solo pertenecen a la dimensión fisiológica, sino que también a los procesos emocionales, cognitivos y conductuales.

Debate dirigido: Esta técnica se utiliza para presentar un contenido y poner en relación los elementos técnicos presentados en la sesión con la experiencia de los participantes. Se hacen preguntas a los participantes para poner en evidencia la experiencia de ellos y relacionarla con los contenidos técnicos.

VIII. CONTENIDOS DEL PROGRAMA:

Presentación del programa

Se incluye una breve introducción resaltando la importancia del tema y lo que se busca lograr, motivando a la escucha atenta, reflexión y a ponerla en práctica.

Desarrollo de las sesiones

Se realizan dinámicas, roleplaying, proyección de videos psicoeducativos; así como, la utilización de estrategias de discusión grupal durante el desarrollo de los temas.

Cierre

Es el momento en dónde nos puedan expresar cómo se sintieron, si les resultó agradable y útil en relación a los temas abordados, preguntas dirigidas para poder orientarles ante las dudas que presenten, etc.

SESIONES DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DEL PROGRAMA “VOLVER A VIVIR”

Sesión N° 01 : Sesión inaugural – Pre test

Ambiente : Salón amplio del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – Santa Anita.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
Presentación	Realizar la presentación del programa, motivación, objetivos, beneficios y duración.	Registro de participantes y entrega de credenciales. Explicación del programa de intervención, objetivos y beneficios. Presentación general de la estructura del programa.	Laptop, Video, Parlantes, Micrófono, Equipo multimedia, Diapositivas, 20 sillas, 10 mesas.	30 min.
Aplicación del test Escala de Depresión Geriátrica	Identificar la sintomatología depresiva de los participantes según el clasificador del CIE-10. Realizar la medición del nivel de depresión (PRE TEST) de la muestra a través de la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15).	Realizar entrevistas a cada participante para conocer los antecedentes e información relevante de los adultos mayores para el desarrollo de la intervención. Explicar la finalidad de aplicar el instrumento, instrucciones de llenado y duración.	20 lápices. 20 borradores 10 tajadores 20 copias de Instrumento Test Escala de Depresión Geriátrica	180 min.

Sesión N° 02 : Charla “La depresión en el adulto mayor”

Ambiente : Salón amplio del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – Santa Anita.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
Charla familiar “La depresión en el adulto mayor”	Lograr que el participante pueda tener claridad acerca de la depresión y conozca cómo se manifiesta durante el proceso de envejecimiento.	Exponer la definición, signos, modelo cognitivo, síntomas, consecuencias y factores de riesgo de la depresión. Explicar las características disfuncionales, factores endógenos y exógenos que influyen en la depresión. Presentar y exponer las técnicas de afrontamiento de la depresión. Resolver preguntas de los participantes.	Laptop, Video, Parlantes, Micrófono, Equipo multimedia, Diapositivas, 20 sillas, 10 mesas.	60 min.
Taller “Colorearte”	Lograr que los participantes adquieran hábitos de relajación, autoconocimiento y puedan conocerse unos a otros en situaciones y experiencias diferentes.	Explicar el objetivo de la dinámica a los participantes. Brindar las instrucciones para realizar la actividad: <ul style="list-style-type: none"> - Elegir los colores que más le agrada. - Pintar y colorear un Mándala - Al reverso de la página responder a la pregunta ¿Qué quisieran lograr o conseguir en relación al programa / intervención? - Luego los participantes se agrupan para unir las hojas y formar la figura del Mándala gigante y se realiza la exposición de arte. <p>Al finalizar, se realizan unas preguntas de reflexión:</p>	20 hojas impresas de Mándala. 20 cajas de colores 20 lapiceros 10 tajadores	120 min.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
		<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué pensaban mientras pintaban? Evocaron algún episodio o momento de su vida. - ¿Por qué eligieron ese color? <p>Tarea: Elaborar una lista de situaciones cotidianas previas y actuales que evidencien episodios de depresión.</p>		

Sesión N° 03 : Charla “El proceso de envejecimiento”

Ambiente : Salón amplio del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – Santa Anita.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
Charla “El proceso de envejecimiento como parte del desarrollo humano”	Reconocer y valorar el proceso de envejecimiento como una etapa de grandes cambios biopsicosociales. Desarrollar estrategias del proceso de adaptación y afrontamiento para lograr una vejez saludable y activa.	Explicación de la actividad y revisión de la tarea asignada en la sesión anterior. Exposición del proceso de envejecimiento como parte del desarrollo humano: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Por qué envejecemos? - Características del envejecimiento - Involución e evolución, envejecimiento normal, exitoso y patológico. - Importancia del autoconocimiento 	Laptop, Video, Parlantes, Micrófono, Equipo multimedia, Diapositivas, 20 sillas, 10 mesas.	60 min.
Taller de lectura “La renovación del águila”	Facilitar a través de la lectura la expresión de vivencias, pensamientos y emociones que el participante desea tratar en la terapia grupal. Esta lectura demuestra el ejemplo de la capacidad de enfrentar los cambios y limitaciones que por	Explicación de la actividad. Presentación de la lectura (en tono moderado, claro). Se repite dos veces. Se les explica las instrucciones de la actividad: en relación a la lectura identificar/escribir los pensamientos y emociones que lograron evocar. Se brinda a cada participante una revista para elegir imágenes representativas de las revistas para pegarlas en cada una de sus hojas bond, por un espacio de 15 minutos. Luego se invita a los participantes si alguno desea contarnos lo que quiso expresar con su trabajo. La participación es de cada integrante del grupo.	1. Lectura 25. Revistas 20. Hojas Bond 20. Lapiceros 5. Goma 5. Tijera 20 sillas 5 mesas	120 min.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
	naturaleza el águila debe superar	<p>Al escuchar a cada uno de los adultos mayores, se aplica el diálogo Socrático para la reflexión del pensamiento, acción y emoción que expresa el participante al contar su caso o historia.</p> <p>Tarea: Completar el árbol del autoconocimiento, en el tronco escribir su nombre, en cada raíz sus habilidades, capacidades y talento. En las ramas escribir los triunfos, momentos felices y logros.</p>		

Sesión N° 04 : Charla “La autoestima”

Ambiente : Salón amplio del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – Santa Anita.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
Charla “La autoestima: autoconocimiento y auto concepto”	<p>Desarrollar y explorar la autoestima y autocuidado en el adulto mayor.</p> <p>Incrementar la conciencia del adulto mayor sobre la importancia de descubrirse a sí mismo y aprender a amarse.</p> <p>Promover la realización de actividades placenteras para su bienestar</p>	<p>Explicación de los objetivos de la sesión y revisión de la tarea asignada en la sesión anterior.</p> <p>Exposición concepto de autoestima, autoconocimiento y auto concepto, ejemplos.</p> <p>Explicación de técnicas prácticas de autoconocimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconocer nuestras habilidades - Reflexionar acerca de nuestras limitaciones - Aprender a reconocer y manejar nuestros estados de ánimo. <p>Presentación de técnicas para el manejo de una adecuada autoestima:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relajación y meditación - Uso de recursos musicales - Lectura - Realizar actividades manuales o de esparcimiento - Participar en grupos sociales o comunitarios - Aprender cosas nuevas y/o manualidades - Promover el cuidado del aspecto personal - Importancia del ejercicio físico - Poner en práctica nuestros valores personales - Controlar la salud física y emocional 	Laptop, Video, Parlantes, Micrófono, Equipo multimedia, Diapositivas, 20 sillas, 10 mesas.	60 min.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
		<p>Resolver preguntas de los participantes.</p> <p>Al finalizar, se realizan preguntas abiertas a los participantes acerca de la charla. Luego se le brinda la retroalimentación de todo lo trabajado.</p>		
<p>Taller Videoteca “Discordias a la carta”</p>	<p>Que los participantes vean las experiencias de los protagonistas de la película y puedan verse reflejados en ellas y mediante el análisis de cada situación puedan validar pensamientos, comportamientos y emociones positivas/negativas.</p>	<p>Se inicia la proyección de la película.</p> <p>Al finalizar se realizan las siguientes preguntas abiertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Quiénes son los personajes principales? Y como los describirían. - Describa el curso de la vida del Sr. Max a lo largo de la película. - ¿Cuáles son los efectos que produjo en este personaje la pérdida de su esposa y por qué? - ¿Qué cambios se producen a nivel familiar? - ¿Existen diferencias en el modo de vivir de su John y Max? - ¿Cómo describiría los diversos acercamientos con otras personas que tiene Max? - ¿Qué lugar ocupa el personaje María? - ¿Qué significado tiene la instalación de un Restaurant cerca al lago en esta película? ¿Cómo se produce el proceso de cambio? <p>Tarea: Realizar 3 actividades durante la semana en la que puedan poner en práctica sus cualidades.</p>	<p>Proyector Laptop DVD Película</p>	<p>120 min.</p>

Sesión N° 05 : Charla “Programación de actividades / mis metas”

Ambiente : Salón amplio del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – Santa Anita.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
Charla “Programación de actividades”	Incrementar la motivación del adulto mayor en la realización de actividades. Motivar en el adulto mayor capacidades para controlar su tiempo, sentimientos de bienestar y realizar actividades concretas. Aumentar el comportamiento gratificante y productivo del participante, a través de recompensas y actividades generadoras de estímulos positivos que puede adoptar en su vida diaria.	Explicación de la actividad y revisión de la tarea asignada en la sesión anterior Explicación de características para definir metas y objetivos e importancia de la visualización. Presentar las características de definir las metas: específicos, medibles, realizables, importantes y definir la fecha de cumplimiento.	Laptop, Video, Parlantes, Micrófono, Equipo multimedia, Diapositivas, 20 sillas, 10 mesas. 5 mesas. 10 post-it Notas adhesivas.	60 min.
Taller “Paso a paso”	Realizar mediante un ejercicio la visualización de metas y generar ideas de las acciones para lograrlo.	Se solicita voluntarios para poder realizar el ejercicio, quienes quieran compartir algunas de sus metas. Formar grupos de 4 personas.	10 post-it Notas adhesivas. 20 plumones	120 min.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
		<p>Los participantes piensan en establecer los pasos para hacer la meta realidad, en orden reverso de adelante hacia atrás. Definiendo paso a paso las actividades que son necesarias para cumplir la meta.</p> <p>Se les brinda retroalimentación de cada tema y se invita a realizar comentarios a los compañeros de otros grupos.</p> <p>Tarea:</p> <p>Elaborar una lista de actividades que más le gusta/gustaría realizar y una lista de recompensas y traer una agenda.</p>		

Sesión N° 06 : Charla “Usted es lo que piensa” – Reestructuración cognitiva

Ambiente : Salón amplio del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – Santa Anita.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
Charla “Usted es lo que piensa” Reestructuración cognitiva	Conocer los pensamientos automáticos, disfuncionales y creencias irracionales. Identificar y evaluar los pensamientos irracionales del adulto mayor y lograr su reemplazo por pensamientos positivos.	Explicación de la actividad y revisión de la tarea asignada en la sesión anterior. Explicar el proceso de reestructuración cognitiva, pensamientos automáticos, negativos, suposiciones, distorsionadas o desadaptativas. Presentar los auto-esquemas disfuncionales, supuestos y creencias. Resolver preguntas de los participantes.	Laptop, Video, Parlantes, Micrófono, Equipo multimedia, Diapositivas, 20 sillas, 10 mesas. 5 mesas.	60 min.
Taller Lectura “El árbol de las preocupaciones”	Facilitar a través de la lectura la expresión de vivencias, pensamientos y emociones que el participante desea tratar en la terapia grupal	Se presenta la lectura, en tono moderado, claro. Se repite dos veces. Se reparten revistas variadas, hojas bond A-4, lapiceros. Se les explica las instrucciones de la actividad: identificar/escribir sus pensamientos, emociones que evocan en relación a la lectura, elegir imágenes representativas de las revistas para pegarlas en cada una de sus hojas bond. Se les da un tiempo adecuado 15 minutos. Luego se les pregunta si alguno desea contarnos lo que quiso expresar con su trabajo. Se eligen 4 participantes como máximo para la actividad.	1 Lectura 25 Revistas 20 Hojas Bond 20 Lapiceros 5 Goma 5 Tijera 20 sillas 5 mesas	120 min.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
		<p>Al escucharlo, se cuestiona el pensamiento, acción y emoción que expresa al contar su caso.</p> <p>Tarea: Elaborar una lista de pensamientos mal adaptativos, negativos, creencias irracionales, supuestos.</p>		

Sesión N° 7 : Charla “Solución de problemas”

Ambiente : Salón amplio del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – Santa Anita.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
Charla “Solución de problemas”	<p>Presentar al participante las fases del entrenamiento en la solución de problemas: orientación hacia el problema, definición del problema, alternativas de solución y toma de decisiones.</p> <p>Incrementar la confianza en su propia capacidad para resolver los problemas con eficiencia.</p> <p>Promover actitudes positivas hacia la solución de problemas, fomentar creencias y concepción de la vida como un proceso de aprendizaje.</p>	<p>Explicación de los objetivos de la actividad y revisión de la tarea asignada en la sesión anterior.</p> <p>Exponer los beneficios, estrategias y fases de entrenamiento en solución de problemas.</p> <p>Presentar prácticas para resolver problemas cotidianos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir los problemas con claridad y precisión. - Idear diversas soluciones para los problemas - Tomar decisiones de manera eficaz. <p>Resolver preguntas de los participantes.</p> <p>Luego se le brinda la retroalimentación de la sesión.</p>	<p>Laptop, Video, Parlantes, Micrófono, Equipo multimedia, Diapositivas, 20 sillas, 10 mesas, 5 mesas.</p>	60 min.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
Taller Videoteca “Las confesiones del Sr. Schmidt”	Que los participantes vean las experiencias de los protagonistas de la película y puedan verse reflejados en ellas y mediante el análisis de cada situación puedan validar pensamientos, comportamientos y emociones positivas/negativas.	<p>Se inicia la proyección de la película.</p> <p>Al finalizar se realizan las siguientes preguntas abiertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Quiénes son los personajes principales? Y como los describirían. - Describa el curso de la vida del Sr. Schmidt a lo largo de la película. - ¿Cuáles son los efectos que produjo en este personaje la jubilación y por qué? - ¿Qué cambios se producen a nivel familiar? - ¿Existen diferencias en el modo de vivir la jubilación entre la esposa y él? - ¿Cómo describiría los diversos acercamientos con otras personas que tiene Schmidt? - ¿Qué lugar ocupa para el personaje el niño de África? - ¿Qué significados tiene el viaje en esta película? - ¿Cómo se produce el proceso de cambio? - <p>Tarea: Elaborar una lista de 03 problemas que identifique como reales, importantes y que le ocasionan una preocupación permanente.</p>	Proyector Laptop DVD Película	120 min.

Sesión N° 8 : Charla “Habilidades sociales”

Ambiente : Salón amplio del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – Santa Anita.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
Charla “Habilidades sociales”	Exponer los conceptos de habilidades sociales, características de una persona asertiva, tipos de comunicación. Mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales Explicar los tipos de comunicación verbal, gestual y corporal.	Explicación de los objetivos de la actividad y revisión de la tarea asignada en la sesión anterior. Exponer el concepto de habilidades sociales, características de una persona asertiva. Presentar las técnicas para llevar a cabo conversaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Intercambiar información y comenzar conversaciones - Encontrar una fuente de amigos Resolver preguntas de los participantes. Al finalizar, se realizan preguntas abiertas a los participantes acerca de la charla. Luego se le brinda la retroalimentación de todo lo trabajado.	Laptop, Video, Parlantes, Micrófono, Equipo multimedia, Diapositivas, 20 sillas, 10 mesas. 5 mesas.	90 min.
Taller “El teléfono malogrado”	Evidenciar como los mensajes se pueden distorsionar a partir de la interpretación de cada uno.	Se pedirá que los participantes formen un círculo y permanezcan sentados con sus sillas. Se explica las reglas el juego. Se prepara un pequeño mensaje escrito, el cual puede ser el siguiente tipo: "Hubo un terremoto de 7.2 grados de magnitud, las casas y edificios se derrumbaron. Las ambulancias y cruz roja llegaron a la zona afectada para auxiliar a las personas heridas e iniciar la búsqueda de desaparecidos".	--	90 min.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
		<p>Se solicita seis voluntarios y se numeran. Cinco de ellos salen del salón.</p> <p>Se lee el mensaje al No. 1 y se le pide al No. 2 que regrese al salón.</p> <p>El No. 1 dice al No. 2 lo que le fue dicho por el Facilitador sin ayuda de los observadores.</p> <p>Se pide al participante No. 3 que regrese al salón. El No. 2 le trasmite el mensaje que recibió del No. 1.</p> <p>Se repite todo el proceso hasta que el No. 6 reciba el mensaje, el cual debe ser expuesto para que el grupo entero lo entienda.</p> <p>Se lee el mensaje original y se comparan ambos mensajes.</p> <p>Se discute acerca del ejercicio; se les pide a los observadores un pequeño reporte sobre las reacciones de los participantes.</p> <p>Se promueve que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.</p> <p>Tarea:</p> <p>Elaborar una lista de personas con quien desee entablar o mejorar una relación de amistad.</p>		

Sesión N° 09 : Charla “Estilos de comunicación asertiva”

Ambiente : Salón amplio del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – Santa Anita.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
Charla “Estilos de comunicación asertiva”	Que los participantes reconozcan la importancia del proceso comunicativo en la vida del adulto mayor y adopten técnicas para desarrollar una comunicación asertiva.	Explicación de los objetivos de la actividad y revisión de las tareas asignadas en la sesión anterior. Exposición del concepto, componentes, beneficios y tipos de comunicación interpersonal y estilos comunicación: asertiva y no asertiva.	Laptop, Video, Parlantes, Micrófono, Equipo multimedia, Diapositivas, 20 sillas, 10 mesas. 5 mesas.	60 min.
Taller “Comunicación asertiva”	Promover la práctica de los estilos de comunicación asertiva y ensayar comportamientos adquiridos en situaciones de la vida real.	Formar grupos de 4 personas Se proponen casos o situaciones cotidianas y se solicita a los participantes que presenten un role playing en el cual utilicen las prácticas de comunicación asertiva. Se les brinda retroalimentación de cada tema y se invita a realizar comentarios a los compañeros de otros grupos. Tarea: Elaborar una lista de estilos de comunicación para los siguientes escenarios y responder la pregunta ¿Qué harían en esas situaciones?	---	120 min.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
		<ul style="list-style-type: none"> - Se encuentran en un ambiente, una exposición importante y hace mucho frío. ¿Qué harían? - Un familiar suyo tuvo un mal día y le increpa por un tema desagradable del pasado. - Están frente al televisor y un familiar suyo quiere ver un programa distinto en el mismo horario de su programa favorito. - Compró una lata de leche y al llegar a su casa, se dio cuenta que la leche estaba vencida. 		

Sesión N° 10 : Charla “Técnicas de relajación y manejo del estrés”

Ambiente : Salón amplio del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – Santa Anita.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
Charla “Técnicas de relajación y manejo del estrés”	Lograr que el participante alivie sus síntomas fisiológicos y la tensión emocional.	<p>Explicación de los objetivos de la actividad y revisión de las tareas asignadas en la sesión anterior.</p> <p>Exponer y describir la importancia de las técnicas de relajación, definición y beneficio.</p> <p>Presentar la definición y técnicas para el manejo del estrés:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento de auto instrucciones - Toma de perspectiva - Contacto con personas en situación similar - Expresión adecuada de los afectos <p>Resolver preguntas de los participantes.</p> <p>Al finalizar, se realizan preguntas abiertas a los participantes acerca de la charla. Luego se le brinda la retroalimentación de todo lo trabajado.</p>	Laptop, Video, Parlantes, Micrófono, Equipo multimedia, Diapositivas, 20 sillas, 10 mesas. 5 mesas.	60 min.
Taller “Relajación y respiración”	Nos invita a tomar conciencia plena de nuestras emociones con el fin de eliminar la frustración o ansiedad que produce el no poder cambiar ciertas situaciones.	<p>Relajación</p> <p>Explicar las instrucciones del ejercicio: Se pedirá que los participantes se acuesten cada uno sobre una colchoneta, cierren los ojos y coloquen sus manos sobre el piso.</p> <p>Se pondrá la música guiada para la relajación.</p> <p>Se realizan las preguntas de cierre de la actividad para tener percepciones y/o comentarios de los participantes.</p>	Colchonetas Equipo de sonido USB	120 min

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
	<p>Que el participante aprenda técnicas para el control de la respiración para su aplicación en diversas situaciones y obtenga una sensación de tranquilidad y bienestar.</p>	<p>Respiración Explicación de las instrucciones del ejercicio. Respiración consciente (diafragmática, costal, abdominal) Respiración consciente alternada</p> <p>Tarea: Practicar las técnicas de relajación antes de dormir, para mantener la calma y relajarse.</p>		

Sesión N° 11 : Charla “Autocontrol”

Ambiente : Salón amplio del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – Santa Anita.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
Charla “El autocontrol”	Poner a disposición del adulto mayor los conocimientos en técnicas para regular los impulsos de manera voluntaria, con el objetivo de alcanzar un mayor equilibrio personal y relacional. Afianzar en el participante la práctica del autocontrol para aumentar su capacidad de solucionar los problemas, manejar sus emociones y regular su comportamiento.	Explicación de los objetivos de la actividad y revisión de las tareas asignadas en la sesión anterior. Exponer la definición, características del autocontrol y describir la importancia de automonitoreo, autoevaluación y autoreforzo. Resolver preguntas de los participantes. Al finalizar, se realizan preguntas abiertas a los participantes acerca de la charla. Luego se le brinda la retroalimentación de todo lo trabajado.	Laptop, Video, Parlantes, Micrófono, Equipo multimedia, Diapositivas, 20 sillas, 10 mesas, 5 mesas.	60 min.
Ludoteca: Pelota rebelde	Lograr que los participantes puedan experimentar el estrés que conlleva el juego, puedan controlarlo y divertirse, de una forma lúdica.	Se forman dos equipos de 5 o 10 personas. Se reparten 25 pelotas a cada equipo. Cada participante cogerá una pelota e intentará lanzarla hacia el cesto de pelotas. Tarea: Elaborar una lista de metas realizables en el corto y mediano plazo.	50 pelotas 2 cestos	90 min.

Sesión N° 12 : Charla “El papel de la familia en el proceso de envejecimiento”

Ambiente : Salón amplio del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – Santa Anita.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
Charla “El papel de la familia en el proceso de envejecimiento”	<p>Conocer la importancia de la socialización en el adulto mayor.</p> <p>Valorar el apoyo del núcleo familiar.</p>	<p>Explicación de los objetivos de la actividad y revisión de las tareas asignadas en la sesión anterior.</p> <p>Exponer la definición, características e importancia de la familia.</p> <p>Explicar los tipos de relaciones que el adulto mayor puede entablar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adultos mayores que viven solos - Relación intergeneracional interna y externa - Relación abuelo – nieto - Relación abuelo – hijo <p>Exponer la Importancia de la socialización en el adulto mayor.</p>	<p>Laptop, Video, Parlantes, Micrófono, Equipo multimedia, Diapositivas, 20 sillas, 10 mesas. 5 mesas.</p>	60 min.
Taller de dinámica grupal “El abanico”	<p>Permite conocer las apreciaciones positivas percibidas por el grupo en referencia a cada participante</p>	<p>Se reparte a c/u de los participantes una hoja bond.</p> <p>Se les invita a armar un abanico con la hoja bond.</p> <p>Se le brinda las instrucciones de la actividad: Colocar su nombre completo, fecha y grupo al que pertenecen. Rotar el abanico hacia el lado derecho, recibir el abanico del compañero del lado y escribir en cada pliegue los aspectos positivos que destaca del compañero según lo indicado en el abanico.</p>	<p>Hojas bond. Lapicero.</p>	90 min

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
		<p>Luego de que el abanico rote y regrese al participante, se le invitará a cada uno leer el contenido del mismo.</p> <p>Tarea: Elaborar una lista de experiencias positivas y su estado de ánimo en las situaciones que ocurran durante la semana.</p>		

Sesión N° 13 : Charla “Estilo de vida saludable”

Ambiente : Salón amplio del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – Santa Anita.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
Charla “Estilo de vida saludable”	Exponer la importancia de mantener los estilos de vida saludables, mediante ejemplos ilustrativos.	<p>Explicar los objetivos de la sesión y revisar la tarea asignada en la sesión anterior.</p> <p>Exponer las prácticas de estilo de vida saludable:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevención de enfermedades - Promover la satisfacción de las necesidades básicas. - Autocuidado de la salud - Alimentación saludable y modelos de plan nutricional - Actividad física <p>Resolver preguntas de los participantes.</p> <p>Luego se le brinda la retroalimentación de todo lo trabajado.</p>	Laptop, Video, Parlantes, Micrófono, Equipo multimedia, Diapositivas, 20 sillas, 10 mesas. 5 mesas.	60 min.
Ludoteca “Tutti frutti”	Permite a los participantes despejarse, despertar su imaginación, concentración a través del juego	<p>Se pedirá que los participantes formen un círculo y permanezcan sentados con sus sillas.</p> <p>Se explica las reglas el juego.</p> <p>Se inicia el juego con una palabra y cada participante continua la secuencia formando una palabra nueva por categoría.</p> <p>Al participante que se equivoca se le acumulan puntos y finalmente se le invita a realizar un castigo determinado en conjunto con sus compañeros.</p> <p>Tarea:</p>	Sillas	60 min.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
		Elaborar una lista de hábitos saludables que el participante practicará en su vida diaria.		

Sesión N° 14 : Charla “Cuidado de la salud en el adulto mayor”

Ambiente : Salón amplio del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – Santa Anita.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
Charla “Cuidado de la salud en el adulto mayor”	Desarrollar una estructura de estilo de vida saludable: nutrición, actividad física, entrenamiento de la memoria, cuidado del sueño, entre otros. Motivar a los participantes a ser independientes para satisfacer sus necesidades básicas	Explicar los objetivos de la sesión y revisar la tarea asignada en la sesión anterior. Se presentarán ejemplos prácticos de estilo de vida saludable en el adulto mayor. <ul style="list-style-type: none"> - Salud y autocuidado - Autocuidado de los sentidos - Autocuidado del sueño - Actividades físicas - La memoria - Aprendizaje <p>Dinámica “Mi autocuidado” Formar grupos de 4 personas Los participantes propondrán y diseñarán su plan de acción para llevar los cuidados y estilo de vida saludable. Se les brinda retroalimentación de cada tema y se invita a realizar comentarios a los compañeros de otros grupos.</p>	Laptop, Video, Parlantes, Micrófono, Equipo multimedia, Diapositivas, 20 sillas, 10 mesas, 5 mesas.	60 min.
Taller Videoteca “El	Que los participantes vean las experiencias de los	Se inicia la proyección de la película.	Proyector Laptop	120 min.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
Exótico Hotel Marigold”	protagonistas de la película y puedan verse reflejados en ellas y mediante el análisis de cada situación puedan validar pensamientos, comportamientos y emociones positivas/negativas.	Al finalizar se realizan el análisis de la película ¿Quiénes son los personajes principales? Y como los describirían. ¿Qué emociones nos traen los personajes? ¿Qué situaciones enfrenta cada personaje? Tarea: Hacer una lista del aprendizaje adquirido durante el programa de intervención.	DVD Película	

Sesión N° 15 : Sesión de cierre del programa – Post test

Ambiente : Salón amplio del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – Santa Anita.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
Presentación	Realizar la presentación de cierre del programa	Se expone un resumen de los temas tratados a lo largo del programa, mediante una retroalimentación expositiva del cierre del programa, se invita a los participantes a realizar comentarios acerca del desarrollo del programa, experiencias y el aprendizaje que se llevan del mismo.	- Laptop - Parlantes	10 min.
Aplicación del test Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	Realizar la medición del nivel de depresión (POST TEST) de la muestra a través de la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15).	Se explicará la finalidad de aplicar el instrumento, instrucciones de llenado y tiempo. Se repartirán lápices y borradores y el instrumento impreso.	- Instrumento Test de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage - Lápices - Borradores - Protocolo de aplicación de prueba psicológica	120 min.
Despedida	Despedida	Agradecer a todos los participantes su participación en el programa desarrollado.	---	---

IX. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA:

La evaluación de resultados permite cuantificar el grado en que se han conseguido los objetivos del programa. Se plantea realizar una evaluación que permita afirmar con un grado de seguridad estándar, que los objetivos obtenidos por el programa se han debido a la correcta implementación de este, descartando la interferencia de variables exógenas.

La evaluación de resultados se realiza mediante un diseño preexperimental con evaluación pre test y post test.