



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador | Sede  
Ambato

**OFICINA DE POSGRADOS**

**TEMA:**

**“PROPUESTA DE UN PLAN DE INTERVENCIÓN COGNITIVO- CONDUCTUAL  
PARA DISMINUCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES”**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Magíster en Psicología  
Mención Intervención**

**Línea de investigación:**

Salud y Grupos Vulnerables

**Autora:**

Psc. Educ. Andrea Cristina Garcia Pilataxi

**Directora:**

Psc. Cl. Andrea Susana Tobar Viera Mg.

**Ambato – Ecuador**

**Marzo 2022**

**PONTIFICA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO  
HOJA DE APROBACIÓN**

**Tema:**

**“PROPUESTA DE UN PLAN DE INTERVENCIÓN COGNITIVO- CONDUCTUAL  
PARA DISMINUCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES”**

**Línea de Investigación:**

Salud y Grupos Vulnerables

**Autor:**

ANDREA CRISTINA GARCIA PILATAXI

Andrea Susana Tobar Viera, Ps. Mg.  
**CALIFICADOR**

f.  \_\_\_\_\_

Juana Rosario Lara Machado, Ps. Mg.  
**CALIFICADOR**

f.  \_\_\_\_\_

Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Ps. Mg.  
**CALIFICADOR**

f.  \_\_\_\_\_

Juan Carlos Acosta Teneda, P, PhD.  
**COORDINADOR DE LA OFICINA DE POSGRADOS**

f.  \_\_\_\_\_

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr.  
**SECRETARIO GENERAL PUCESA**

f.  \_\_\_\_\_

 Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

OFICINA DE POSGRADOS

 Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

SECRETARIA GENERAL  
PROCURADURIA

**Ambato – Ecuador**

**Marzo 2022**

## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Ambato, marzo 2022

A handwritten signature in blue ink, enclosed in a blue oval. The signature reads "Andrea Garcia P." with "110." written below it.

Psc. Educ. Andrea Cristina Garcia Pilataxi  
CI. 180508174-0

## RESUMEN

La depresión se considera una crisis, podría convertirse en una enfermedad crónica y reducir la capacidad del individuo para estudiar, trabajar, socializar o realizar acciones de la vida diaria; varía según la intensidad de los síntomas y episodios depresivos. La metodología utilizada fue desde el enfoque cuali-cuantitativo, la investigación es no experimental transversal y el alcance es de tipo descriptivo. Tiene como objetivo proponer un plan de intervención cognitivo conductual para disminución de la depresión en adultos mayores de la ciudad de Baños de Agua Santa. Para cumplir con dicho objetivo se utilizó el test de Yesavage que ayudó a medir el nivel de depresión específicamente en el adulto mayor, mediante las herramientas psicológicas se logró recabar la información necesaria, a través de tablas de frecuencia se logró identificar el estado actual del nivel de depresión, Se identifica que el 18% de la población no presentan depresión, el 23% determinan una probable depresión, es decir, que presentan síntomas, pero no se ajustan al cuadro depresivo como tal. Y el 59% de los adultos mayores padecen del trastorno depresivo es que estos individuos cumplen con las diferentes manifestaciones tanto somáticas, en la disminución del afecto, alteraciones de tipo cognitivas, sentimientos de discriminación, alteraciones de la motivación, ausencia de orientación al futuro y pérdida de autoestima, por medio de los resultados conseguidos se elaboró la propuesta de intervención cognitivo- conductual para la disminución de la depresión geriátrica basado en la psicoterapia de Jogsman, Peterson, McInnis.

**Palabras clave:** Cognitivo- Conductual, Episodios Depresivos, Yesavage

## ABSTRACT

Depression is considered a crisis, it can become a chronic illness and reduce the individual's ability to study, work, socialise or perform daily life actions; it varies according to the intensity of symptoms and depressive episodes. The methodology used was a qualitativequantitative approach, the research is non-experimental, cross-sectional and descriptive in scope. The aim is to propose a cognitive behavioural intervention plan to reduce depression in older adults in the city of Baños de Agua Santa. In order to meet this objective, the Yesavage test was used to measure the level of depression specifically in the elderly, using psychological tools to gather the necessary information and using frequency tables to identify the current state of the level of depression, It can be identified that 18% of the population are not depressed, 23% are probably depressed, i.e. they have symptoms, but do not fit the depressive picture as such. And 59% of older adults suffer from depressive disorder being that these individuals comply with the different manifestations both somatic, in the decrease of affection, alterations of cognitive type, feelings of discrimination, alterations of the motivation, absence of orientation to the future and loss of self-esteem. Based on the results, the proposal of cognitive-behavioural intervention for the decrease of the geriatric depression based on the psychotherapy of Jogsman, Peterson, McInnis was elaborated.

**Key words:** Cognitive-Behavioural, Depressive Episodes, Yesavage

## ÍNDICE

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD.....	iii
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA.....	5
1.1. Prevalencia de la depresión .....	5
1.2. La depresión.....	6
1.2.1. Sintomatología de la depresión .....	8
1.2.2. Tipos de depresión según el DSM-5.....	10
1.3. Diagnóstico.....	14
1.3.1. Tratamiento.....	15
1.3.2. Factores de Riesgo.....	18
1.3.3. Consecuencias de la depresión en el adulto mayor .....	20
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO.....	22
2.1. Tipo de investigación y alcance .....	22
2.1.1. Enfoque.....	22
2.1.2. Alcance .....	22
2.2. Técnicas y herramientas .....	23
2.3. Población y muestra.....	25
2.4. Propuesta de la investigación.....	25
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	27
3.1. Análisis de datos .....	27
3.2. Propuesta de intervención .....	34
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES.....	42
BIBLIOGRAFÍA .....	43
ANEXOS .....	49

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Factores de riesgo y protectores.....	19
Tabla 2. Estadística de fiabilidad.....	25
Tabla 3. Género .....	27
Tabla 4. Edad .....	27
Tabla 5. Discapacidad.....	28
Tabla 6. Estado civil.....	28
Tabla 7. Nivel de instrucción .....	29
Tabla 8. Situación familiar y de convivencia .....	29
Tabla 9. Frecuencia de la depresión .....	29
Tabla 10. Variable género y depresión .....	30
Tabla 11. Variable edad y depresión .....	31
Tabla 12. Variable discapacidad y depresión .....	31
Tabla 13. Variable estado civil y depresión.....	32
Tabla 14. Variable nivel instrucción y depresión .....	32
Tabla 15. Variable situación familiar y depresión .....	33
Tabla 16. Variable independencia física y depresión.....	33
Tabla 17. Protocolo de intervención.....	37

## INTRODUCCIÓN

Salazar et al. (2015) en su estudio sobre la prevalencia de los factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de mayores de México se pudo denotar que los trastornos del sueño frecuentes encontrados fueron los ronquidos, insomnio, somnolencia diurna, es decir, que gracias a la muestra se identifica que un 44% presentan un nivel de calidad de sueño malo y un 62% síntomas de depresión, al realizar la evaluación sobre la frecuencia del sueño en individuos de género masculino y femenino, las mujeres presentan mayor frecuencia, además, se observó una mayor prevalencia de depresión en los hombres con un 72%.

Poblete et al., (2015) en su investigación sobre la depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos donde se valoraron a treinta adultos mayores que realizaban actividad física 3 veces por semana, se utilizó el test de Yesavage, Minimal y Calidad de vida SF-36, se concluye que:

un 16%, es decir, 5 personas presentan depresión establecida y un 26,7 % equivalente a 8 personas depresión leve y un 56,6% , es decir, 17 adultos mayores en categoría normal, en cuanto al deterioro cognitivo un 86,7% presencia de déficit leve y un 13,3% normal, por último el promedio de dimensión de la calidad de vida es de 71.21 que se clasifica como óptima. (p. 12)

Saavedra et al. (2016) en base a la Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Gayalejo, Tamaulipas, México; donde se pudo determinar que el género predominante fue el femenino aplicado el test APGAR y la depresión con la herramienta psicológica Yesavage, Se encontró significación estadística entre el núcleo familiar y la función familiar, pero no tiene nada que ver con el grado de depresión, sin embargo, existen registros que muestran que el núcleo familiar es un factor protector para las funciones duales de tipo familiar.

Sobre su estudio de la depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según ENDES, se realizó una muestra probabilística de 11411 adultos mayores que respondieron al reactivo mencionado, donde se llegaría a la conclusión de que:

El 55% de la población anciana proviene de género, el 30% son mujeres, el 30% significa tener 75 años o más, el 21% no tiene educación, el 45% vive sin pareja, el 32,7% no son

jefes de hogar y el 32,5 % vive en zonas rurales, 44,9% es pobre y 10,6% tiene algún tipo de discapacidad. Finalmente, de los 11.411 adultos mayores entrevistados por ENDES en 2014 y 2015, el 14,3% (1626) de los adultos mayores del país recibió un puntaje PHQ9  $\geq 10$ , correspondiente a la presencia de depresión (Martha et al., 2017, p. 78).

Los adultos mayores incluyen personas de 65 años o más, pero debido a la etapa de envejecimiento, las necesidades sociales y económicas y otros factores que influyen, es más probable que sufran depresión y afecte su calidad de vida. El envejecimiento es un proceso innato, que ocurre en la etapa evolutiva, por lo tanto, no todos los individuos pasan por este período de la misma forma, ya que diferentes aspectos intervienen en este proceso como la calidad de vida, las oportunidades, privaciones que han aparecido durante la niñez, adolescencia, adultez; la exposición a los factores de riesgo, estilos de vida e incluso posibilidades de acceso a la educación y salud, son aspectos que desencadena los estados psicofisiológicos.

Se define a la depresión como Un trastorno que sería diagnosticado y tratado de manera confiable por profesionales de atención primaria y es un trastorno mental común, que afecta a la calidad de vida de los individuos, porque viene perjudica a todas las esferas psicológicas de los seres humanos (OMS, 2020). La depresión se considera una enfermedad mental que se encuentra relacionado con el deterioro cognitivo y la fragilidad física, y se caracteriza por tristeza y sentimientos de inutilidad, tendencia al llanto, mal humor y apatía (Martha et al., 2017). La depresión es una enfermedad mental de tipo afectiva, ocurre con mayor frecuencia en individuos mayores de 60 años y es más habitual identificar en las mujeres; es esta una de las mayores causas para el suicidio. Aumenta el porcentaje de mortalidad en este grupo etario (Sotelo, Rojas, Sánchez y Irigoyen, 2012, p. 6). Las personas adulto mayores que padecen de la enfermedad, pierden diferentes capacidad y habilidad incluso el sentido de vida, porque no se consideran productivos y tienden a mostrar comportamientos inadecuados que perjudican su espacio social.

Uno de los enfoques más efectivos dentro de la psicología y con un objetivo claro en la depresión es el protocolo de intervención de Jongasma, Peterson y McInnis (2006)

Consiste básicamente, en aumentar las posibilidades de obtener refuerzos positivos del entorno y aprender a afrontar más eficazmente las situaciones aversivas, es una propuesta inicial de un modelo de intervención psicológica para adultos mayores, se toma en cuenta el crecimiento de esta población, se ve la necesidad de comprender e intervenir eficazmente sobre los mismos, y generar planes de acción que contribuyan al mejoramiento de su calidad de vida. (p.23)

Molés, Clavero, Lucas y Folch (2019) mencionan que: “Los síntomas de depresión geriátrica surgen debido a que en el envejecimiento existen cambios, especialmente físicos y cognitivos, que llevan a sentirse menos útiles y dañar así la autoestima y como consecuencia generan depresión” (p. 59). Estos síntomas han sido observados de forma preliminar en adultos mayores de la ciudad de Baños y se ha apreciado una elevada incidencia de los mismos.

El estado actual de depresión es uno de los síndromes de enfermedad mental más común e incapacitante en los ancianos de la ciudad de Baños de Agua Santa, un significativo en el campo de salud pública, porque, entre otros factores, amplía con la edad; como la mala salud física, debido a la globalización existe un cambio social rápido, pobreza, desempleo y menos oportunidades sociales; a su vez la exclusión social desafía las normas comunitarias.

A partir de lo anterior se delimita el siguiente problema científico: ¿Cómo disminuir la depresión en adultos mayores? La idea a defender es que un plan de intervención cognitivo- conductual que permite la disminución de la depresión en adultos mayores.

Objetivo General:

Proponer un plan de intervención cognitivo conductual para disminución de la depresión en adultos mayores de la ciudad de Baños de Agua Santa.

Objetivos Específicos de la Investigación:

1. Fundamentar los aspectos teóricos y metodológicos de la depresión en los adultos mayores y la intervención cognitivo conductual.
2. Diagnosticar el estado actual de la depresión geriátrica en los adultos mayores de Baños de agua Santa.
3. Elaborar la propuesta de intervención para la disminución de la depresión geriátrica.

La metodología que se usó es basada en el enfoque cuali-cuantitativo, diseño no experimental, alcance descriptivo de corte transversal. Como instrumento de recolección de datos se usó una Ficha de datos Sociodemográficos el test de Yesavage. Se aplicó a 120 adultos mayores de la zona urbana de la ciudad de Baños, con muestreo no probabilístico por conveniencia.

Con la presente investigación se quiere dar a conocer a la comunidad en general sobre la propuesta de un plan de intervención cognitivo-conductual para disminuir la depresión en Adultos Mayores de la Ciudad de Baños de Agua Santa, por tanto, se convierte en la base de un nuevo trabajo de investigación que aborda un problema general que afecta a la población antes mencionada. Prestar atención a los sujetos a tiempo reduce el número de pacientes con depresión.

Este estudio es importante, porque diagnostica el estado de depresión de los ancianos incluidos en el grupo de estudio e iniciar una propuesta de intervención acorde a las necesidades de los individuos diagnosticados con el trastorno. Los beneficiarios directos son las personas adultos mayores de 65 años de edad pertenecientes a la zona urbana de la ciudad de Baños de Agua Santa, porque la propuesta consiente colocar bases para el progreso de estrategias efectivas en el espacio de salud mental, debido a que el conocer descriptivamente la problemática que se asocia con la presencia de los estados depresivos se diseñaría y planificaría actividades preventivas para solucionar la problemática encontrada; las familia son beneficiarios secundarios porque comprenderían la realidad en base a la problemática que viven sus seres queridos.

## CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

### 1. Prevalencia de la depresión

En estimaciones mundiales y regionales, la prevalencia de depresión es:

4,4% y las mujeres (5,1%) son más comunes que los hombres (3,6%), pero depende de la región, la prevalencia de la depresión en los hombres es inferior al 2,6% en la Región del Pacífico Occidental, la tasa de prevalencia para las mujeres en África es del 5,9%, y todas las tasas de prevalencia varían con la edad y la edad pico (la tasa de prevalencia es más del 7,5% para las mujeres entre 55 y 74 años, y más del 5,5% para hombres). (p. 45)

Los niños y adolescentes menores de 15 años, también, padecen depresión, pero el grado es menor que el de los ancianos. “El número total de pacientes con depresión en el mundo es de 322 millones. Casi la mitad de estas personas viven en el sudeste asiático y el Pacífico occidental, lo que refleja las poblaciones relativamente grandes de estas dos regiones (incluidas, por ejemplo, India y China)” (OMS, 2017, p. 1).

A nivel mundial, emitieron una publicación del Día Mundial de la Salud Mental, que determinó que un cierto número de personas mayores padecen depresión y demencia, la prevalencia es el 7% sufre depresión, mientras que otro 5% padece demencia, otros trastornos como la ansiedad alcanzan el 3,8% (OPS, 2017).

En Latinoamérica, los datos de prevalencia de depresión en el adulto mayor se presentan de la siguiente manera: en México, Nicaragua y Venezuela se encuentra entre 4,2; mientras que en Perú se reporta con 4,8; Argentina, Colombia, con 4,7, Ecuador con 4,6, Bolivia, El Salvador y Panamá con 4,4; México, Nicaragua y Venezuela con 4, 2 Honduras y Guatemala se encuentran dentro de 4 y 3,7, es decir, que los países mencionados se encuentran prevalencia de 5,8 % (OMS, 2017).

A nivel nacional, de acuerdo con proyecciones del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC, 2020), la población adulto mayor en el país a finales del próximo año, esta cifra alcanzará los 1,3 millones. Este es un aumento del 33% en comparación con 2010 año en el que fue el último censo de la población, en ese año los individuos de edad se estimó 988.000 personas, se identifica que en el 2020 existe 28 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años.

## 1.2. La depresión

La depresión se considera una crisis, se convertiría en una enfermedad crónica y reducir la capacidad del individuo para estudiar, trabajar, socializar o realizar acciones de la vida cotidiana; depende de la intensidad de los síntomas y episodios depresivos. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) refiere: “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 y concentración, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio” (p.1). La tristeza de una persona no significa necesariamente que se encuentre en un estado de depresión, porque esta enfermedad es diferente a los cambios emocionales habituales, la respuesta emocional inmediata a las dificultades cotidianas, sobre todo afecta el ámbito psicológico del ser humano.

Además, de la depresión, también, causaría cierto grado de dolor en los pacientes y afectar su capacidad para completar las tareas diarias, inclusive las más simples. Carrasco (2017) menciona: “la depresión comprende como trastorno caracterizado por un bajo estado de ánimo y de energía, una autoestima negativa y poco interés en actividades que usualmente eran consideradas placenteras” (p. 181). Se considera que esta enfermedad perjudica las relaciones sociales, familiares y laborales, en muchos casos la posible causa de esta enfermedad no está clara, pero puede deberse a la genética, cambios en la función neurotransmisora o neuroendocrina y de factores psicosociales. Por tanto, esta es una enfermedad ubicada en el campo de la psiquiatría y la psicología, tiene una causa específica, un método de producción propio, está determinada y tratada por condiciones clínicas, síntomas específicos y pronóstico.

La depresión es un estado de ánimo donde la tristeza es patológica, extremada, profunda; los adultos mayores que padece de la enfermedad disipan su interés e incluso de las ganas por vivir, sintiéndose inhábil de resolver situaciones de la cotidianidad. Al llegar a la vejez surgen una serie de aprensiones y miedos impulsado por la pérdida gradual e implacable de capacidades físicas y mentales, esto hace que en esta etapa de la vida sea la más temida por la mayoría de las personas, de la misma manera aparecen síntomas como la pérdida de interés sobre las cosas que solían satisfacerla, los mismos aparecerían en adolescentes tal como González et al. (2015) menciona en su investigación: “El hallazgo de que los trastornos del estado de ánimo son más frecuentes entre los adolescentes que no estudian ni trabajan subraya que la pertenencia a un rol

ocupacional conlleva implicaciones en el estado emocional” (p. 151). Estos pensamientos complican aún más la vida de los pacientes deprimidos e interfieren gravemente en la calidad de la misma. Es una de las enfermedades causantes de diferentes afecciones en la salud mental y se ha convertido en un trastorno que procede la mayor carga de morbilidad a nivel mundial, es especial en personas adultos mayores, también, conocida como depresión senil es un problema de alta frecuencia y alto impacto, porque afecta a todas las áreas del sujeto; capacidad que poseen las personas para realizar y participar en actividades diarias, conocido como funcionalidad, se ha considerado como una de los primordiales indicadores de la salud en esta población, asociado a la calidad de vida (González et al., 2018).

Se trata de una enfermedad multifactorial, por lo que los factores que intervienen en su aparición serían completamente diferentes. Estos rangos incluyen componentes o genes personales, sociales, cognitivos y / o familiares. En cuanto a los componentes biológicos, varios estudios han demostrado que existe una clara interacción entre la depresión y diversos cambios en la estructura y disponibilidad del cerebro. Estructuralmente, se destaca la participación de tres regiones cerebrales: hipocampo, amígdala y corteza cerebral, se observa que el volumen de la primera región se reduce, lo que juega un papel fundamental en el desarrollo de la depresión. Los mecanismos neurobiológicos implicados en la depresión incluyen: disfunción del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal, deficiencia de monoaminas (serotonina, noradrenalina y dopamina), cambios en la plasticidad neuronal y neuroinflamación (Monteiro, Martínez, y Rodríguez, 2019).

Las condiciones psicosociales, físicas y fisiológicas son los principales determinantes de las características de las personas mayores. La primera característica es la disminución del apoyo social familiar, la pérdida del estatus social y económico y el aumento del aislamiento social; las personas mayores tienen menos capacidad y recursos para adaptarse a estos nuevos entornos, lo que agrava este problema. La condición física se caracteriza por la frecuente aparición de enfermedades físicas y la consecuente discapacidad. Finalmente, las condiciones físicas son los principales factores reguladores, las enfermedades físicas y los fenómenos neurodegenerativos conducirían a la aparición de síntomas depresivos (Calderón, 2018).

### **1.2.1. Sintomatología de la depresión**

Existe un cuadro común de la depresión en los adultos mayores, porque existen discapacidades predominantes como es el declive de diferentes funciones motriz, visual, auditiva y mental por lo que ocurre frecuentemente en este grupo etario, “afecta a 10 % de los pacientes ambulatorios, de 15 a 35 % de los que viven en hogares para ancianos y de 10 a 20 % de los hospitalizados” (Segura, Cardona, Segura y Garzón, 2015, p. 185). Suele estar relacionado con cambios en diferentes funciones cognitivas, que se modificaría siempre que se trate la enfermedad. Aunque el síntoma principal es la tristeza patológica, los adultos mayores suelen manifestar su malestar en forma de apatía o aislamiento. La anhedonia es un síntoma de depresión precoz; La pérdida de interés y las alucinaciones en todas las actividades que antes le parecían agradables eran correctas. Habitualmente, con la tristeza aparece una sensación dolorosa, que podrían reflejarse tanto psicológicamente (tensión, inquietud interior) como física (cefalea tensional, pastillas para el esófago, lluvia de meteoritos, diarrea, tensión muscular).

La depresión se mostraría sin tomar en cuenta la situación económica, la edad, el género y la ocupación, se presenta los principales síntomas que incluyen cambios en el estado de ánimo o incluso cambios en la función cognitiva. En otras palabras, causa disfunciones cognitivas y psicomotoras, como falta de atención, fatiga, disminución de la libido, interés insuficiente en las actividades que realizan y alteraciones del sueño (Terrazas et al., 2015) Los sujetos que padecen del trastorno frecuentemente presentan pensamientos suicidas, se toma en cuenta que padecerían de dependencia a fármacos u otras sustancias psicotrópicas por pretender tratar las dificultades del sueño u otros síntomas como la ansiedad, sin embargo, no sucede a menudo la posibilidad de que sea una causa por alcoholismo en tiempos pasados.

Algunos individuos presentan diferentes síntomas, pero varía según el tipo; entre los síntomas de tipo físicos se encontrarían: el estado de ánimo triste de manera constante, además, de los sentimiento de desesperanza, culpa, desamparo, negativismo; se suma la pérdida de interés en las actividades para pasar el tiempo que solían disfrutar; en estas personas ocurre con frecuencia que disminuye su energía, existe un agotamiento y fatiga; problemas del sueño identificados como insomnios, pues se despiertan temprano o duermen más horas de lo normal; cefalea, trastornos digestivos y dolores crónicos (Jadán, 2017).

La irregularidad en el proceso de actividad y descanso, se muestra numerosas fluctuaciones inesperadas en el estado mental durante el día, los trastornos como la anorexia y bulimia podrían desencadenarse en dificultades del apetito, incidir en el peso, por otro lado, los trastornos del sueño intervienen el insomnio, problema en el ritmo del sueño y vigilia, provoca que un gran grupo de pacientes con depresión duerman durante el día y velen por la noche. Las dos magnitudes son el ritmo de la existencia y la organización del tiempo. Los adultos mayores suelen pensar en la vida a través de malos recuerdos del pasado, el retraimiento de la realidad actual y la falta de promoción del futuro involucra una tendencia exagerada y natural a lo sucedido. El único pensamiento representa la división sin ceremonias de la relación entre el presente y el futuro (Baldeón, Luna, Mendoza y Correa, 2019)

El conjunto sintomatológico de la depresión, se denota su multiplicidad, se atribuye a cuatro dimensiones, cada una concierne a diferentes características, como el humor depresivo que se encuentra implantado en el pesimismo, desesperanza, lleva la imagen de la muerte, muchas ocasiones estimula la propensión destructora de sí mismo; por otro lado la anergia reside en la falta de energía por la desmotivación y ausencia de intereses; la discomunicación sucede en las personas depresivas al momento de aislarse, extinguiéndose la relación con las personas que le rodean; la ritmopatía originada en la patología del ritmo circadiano, es decir, en el tiempo de descanso, de alimentación, sueño. Otros síntomas propios del trastorno incluyen inquietud y trastorno del curso del pensamiento, trastornos somáticos que constituyen parte del espectro depresivo con las alteraciones del sueño como el insomnio y del apetito (Baldeón, Luna, Mendoza y Correa, 2019).

### 1.2.2. Tipos de depresión según el DSM-5

#### **Distimia**

Es un tipo de depresión menos grave, en los adultos mayores, la evidencia epidemiológica y clínica apoya el uso del término trastorno distímico. A diferencia de los jóvenes con distimia, los ancianos con distimia suelen tener una edad de inicio más tardía y no padecen depresión mayor ni otros trastornos mentales. Y tiene antecedentes familiares bajos de trastornos del estado de ánimo, frecuentemente cargan con factores estresantes como el declive de sus funciones mentales, físicos como patologías cerebrovascular o neurodegenerativa, pérdida de apoyo social, duelo; en los adultos mayores, el trastorno distímico como la depresión subsindrómica elevan la discapacidad física, enfermedades médicas, deterioro cognitivo. Además, se observa frecuentemente que en los adultos mayores las estrategias de afrontamiento son inadecuadas al no tener estas habilidades, incidirían en una mayor sensibilidad al estrés, baja productividad laboral y un mayor incremento de admisión hospitalaria (Tello, Alarcón y Vizcarra, 2016).

El trastorno de tipo persistente, también, llamada distimia, sucede continuamente y a largo plazo, donde la persona pierde el interés en las situaciones de la vida diaria, siente desesperanza, las habilidades sociales vienen hacer afectadas, y en función de ello su autoestima se reduce, genera ineptitud, la sintomatología perduraría alrededor de muchos años y afectar en gran medida a las esferas psicológicas del individuo tantos familiares, sociales, laborales. Por tanto, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2018) afirma: “presencia, mientras está deprimido, de dos o más de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio, falta de energía, baja autoestima, dificultades para concentrarse, sentimientos de desesperanza” (p.14). Los síntomas de la distimia se originan durante años y la progresividad se vería con el pasar del tiempo, sin embargo, no suelen irse por más de 2 meses, asimismo, se presenta episodios de depresión mayor antes de la distimia, lo que se le conoce muchas veces como depresión.

El trastorno distímico tal como Alarcón, Gea, Martínez, Pedreño y Pujalte (2016) mencionan: “Las diferencias con la depresión mayor son de intensidad y duración más que categoriales, es práctica habitual el doble diagnóstico en un mismo paciente. Se estima que el 20- 30 % de los

pacientes con trastorno depresivo mayor, también, cumple los criterios de trastorno distímico, una combinación que se denomina depresión doble. De igual modo, un 40 % de los pacientes con trastorno distímico cumpliría criterios de depresión mayor en algún momento de la evolución” (p. 16).

### **Trastorno depresivo mayor**

Se entiende que, cuando existe un problema de salud se manifieste un ánimo decaído, reactivo a la situación, sin embargo, especialmente en los adultos mayores, el mismo proceso depresivo complica el tratamiento de las enfermedades físicas y aumenta el riesgo de nuevas enfermedades, forma un círculo vicioso, sin ayuda especial es difícil y complicado salir de apuros. Este retraso en el diagnóstico y el tratamiento reduce en gran medida la calidad de vida del paciente, conduciría al aislamiento y la discapacidad, e incluso al suicidio, que se ha duplicado después de 65 años. Por tanto, el diagnóstico y tratamiento de la depresión senil son muy importantes (De los Santos y Carmona, 2018).

Las características que se acentúan en los adultos mayores son los rasgos premórbidos, es decir, como la escasa expresividad de tristeza, tendencia a retraerse y aislarse, sobre todo en personas que padecen de algún tipo de discapacidad tanto visual, auditiva, funcional y cognitiva, la expresión frecuente en forma de quejas somáticas y un índice alto de residir otras patologías subyacentes como la demencia, insuficiencia cardíaca, diabetes, incontinencia, problemas de osteoporosis, o problemas relacionados con la conducta como la irritabilidad, agresividad, trastornos en la alimentación, delirios o síntomas psicóticos (De los Santos y Carmona, 2018).

El DSM-IV (citado en Cano, Muñoz, Mae, Limonero, Medrano, Ruiz, Gracia, Dongil, Iruarrizaga, Chacón, Santolaya, 2016) anunció que el principal problema de este tipo depresivo, es una enfermedad paroxística con reacciones crónicas y alto riesgo de muerte; un episodio que involucra el mismo evento, estado de ánimo depresivo durante el día, al menos dos semanas, los síntomas estarían presentes durante al menos dos semanas al mismo tiempo. Y serían lo suficientemente grave en la mayoría de los trastornos. Este tipo es común e identificable porque serían angustiantes e incapacitantes.

Dado que la alta incidencia de depresión representa la dificultad de la salud pública, la etiología de la depresión es compleja, porque están involucrados factores psicosociales, y se observa que el episodio inicial ocurre luego de ciertos eventos estresantes producidos en la fisiología cerebral a largo plazo. Se producen cambios estructurales y funciones de diferentes áreas del cerebro. Los criterios diagnósticos según las APA (2018) menciona: “presencia de cinco o más de los síntomas durante un período de dos semanas, uno de ellos serían un estado de ánimo depresivo o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo” (p.15). Además, se encontrarían otros síntomas como el estado de ánimo la mayor parte del día, cuando el individuo siente tristeza, vacío, y en la etapa de la niñez o adolescencia exponen comportamiento irritables, ocurre falta de interés o incapacidad del goce en casi todas las tareas cotidianas, disminución del peso sin realizar algún tipo de dieta saludable, anomalías en el sueño, en la psicomotricidad, fatiga, hostilidad, sentimiento de inutilidad y desprecio de las la utilidad de las funciones cognitivas como el pensamiento y concentración.

### **Ciclotimia**

La ciclotimia se caracteriza por episodios depresivos o hipomaníacos leves, es decir, aumento del estado de ánimo y reducción de las necesidades de sueño, que se diagnostican a los dos años en la edad adulta. Sin embargo, la incidencia de esta enfermedad es muy alta y está relacionada con la ruptura de las relaciones interpersonales y laborales, las personas no tratadas tendrían consecuencias muy graves para llegar a un estado de polarización, confundido con el trastorno bipolar tipo II o trastorno límite de la personalidad porque logra experimentar un episodio maníaco al ser muy activo, pero se destaca en la duración y se desmaya después de establecer una relación con una nueva pareja, provoca que las personas se sientan deprimidas (Cano et al., 2016)

En los adultos mayores aparecerían diferentes síntomas como: los síntomas hipomaníacos reflejados en síntomas como sensación exagerada de felicidad, autoestima excesiva, conducta irritable, menor necesidad de dormir, incapacidad para concentrarse, a su vez, aparecen síntomas depresivos; siente tristeza, desesperanza o vacío, llanto fácil, modificaciones en el peso, desasosiego, pensar en muerte o suicidio. Para ser diagnosticados este trastorno tiene la

presencia de síntomas por lo menos dos años, de periodos de síntomas hipomaniacos y depresivos (Tello, Alarcón y Vizcarra, 2016).

### **Trastorno depresivo estacional**

Este trastorno ocurre en adultos mayores cuando existe una alteración en el estado de ánimo u síntomas asociados a la depresión como tal, por ejemplo, como la tristeza, irritabilidad, anhedonia, astenia dificultad en la atención y concentración con excepción que sucede en un periodo estacional desde el invierno y finalizarían en primavera (Gatón, González y Gaviria, 2015). Sin embargo, existen criterios diagnósticos para diagnosticar TAE: a) ha existido una relación temporal regular entre el inicio de la depresión mayor en algún momento del año en particular, por ejemplo, en el invierno u otoño, b) los cambios de depresión mayor a manía o hipomanía sucedería en algún momento del año, por ejemplo, la depresión desaparecería en el verano o primavera, c) aparecerían en los dos últimos años los episodio antes mencionado (APA, 2018).

Las personas con esta enfermedad son más sensibles a la luz solar, porque causaría un desequilibrio de neurotransmisores (como la serotonina), lo que hace que las personas se sientan felices y esto aumenta con la exposición a la luz solar, la sustancia generada por la luz hace que se tenga un equilibrio en diferentes procesos del sujeto como en el sueño, vigilia o incluso en el ritmo circadiano, por el contrario, al no haber lo suficiente de esta sustancia va a ocasionar que las personas sientan desgano en realizar sus actividades cotidianas a cualquier hora del día, sueño frecuente, sensaciones de tristeza, llanto, distorsiones en el pensamiento, síntomas adheridos a la depresión.

En muchas ocasiones, los síntomas del trastorno afectivo estacional pueden originarse al finalizar otoño e inicios del invierno y desvanecerse durante días soleados. Los síntomas de las personas con patrones diferentes comienzan en primavera y verano, pero no importa dónde. Los signos iniciales serían leves y empeorar con el desarrollo de las estaciones, sintiéndose frustrados la mayor parte del tiempo o casi todos los días, falta de energía para lo que antes disfrutaba, dificultad para conciliar el sueño, pérdida de interés en cambiar de actividad, peso o pérdida del apetito, falta de concentración, desesperación, inutilidad o culpa, pensamientos repetidos de muerte o suicidio (APA, 2018).

## **Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento**

Es un cambio de humor importante y continuo caracterizado por las manifestaciones clínicas de los siguientes síntomas: estado de ánimo bajo, es decir, tristeza, sensación de vacío, y merma del interés y agrado en las actividades diarias, ingestión de drogas o sustancias, como hipnosis Sedantes, anti drogas de ansiedad, alcohol, inhalantes, cocaína; también, debido a intoxicación o abstinencia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2018).

### **1.3. Diagnóstico**

Existen diversos errores en el diagnóstico de este problema debido a que presenta manifestaciones anormales representadas por síntomas físicos, hipocondría, pérdida de peso progresiva, dolor persistente, trastornos del comportamiento, sobredosis de drogas y sustancias nocivas. Esto está estrechamente relacionado con síntomas psiquiátricos, como tristeza, inconvenientes, delirios, intentos de suicidio, pérdida de apetito, aislamiento, raras ocasiones de salir y rechazo (Hernández, Romero, Alcázar , Vogel y Reyes, 2017).

El diagnóstico del trastorno depresivo en las personas adulto mayores es totalmente clínico, los criterios que manifiestan los manuales de criterios diagnóstico son universalmente aplicados, existe una serie de aspectos a tomar en cuenta como la historia clínica del paciente y el examen físico, se incluye en el examen de funciones mentales en los adultos mayores que se hacen de un diagnóstico presuntivo del trastorno depresivo, sin embargo, existen diferentes síntomas que se valoran como los sentimientos de tristeza, desanimo, inutilidad, incluso afectación de la salud física. Uno de las dificultades que se presenta al momento de diagnosticar es la heterogeneidad, porque se manifiesta con la pérdida de interés en las tareas diarias, apatía, irritabilidad o un estado de confusión, además, las patologías asociadas a un mismo individuo es otro aspecto a considerar por la complejidad de las derivaciones del trastorno (Tello, Alarcón y Vizcarra, 2016)

Para llegar al diagnóstico de episodio depresivo es necesario comprobar a través de los criterios CIE- 11 o DSM VI detectándose como un episodio depresivo leve. Los signos más específicos son: estado de ánimo bajo, disminución del interés y la capacidad de disfrutar de cosas previamente satisfechas y aumento de la fatiga. Al menos 2 de estos 3 elementos esta presentes para hacer un diagnóstico claro. Al menos 2 de los signos restantes enumerados. Ninguno de los dos signos existiría en las capas profundas. Los episodios depresivos durarían al menos 2

semanas. Al mismo tiempo, en un episodio depresivo moderado, existiría al menos 2 de los 3 signos más tradicionales descritos para un episodio depresivo leve, y al menos 3 (preferiblemente 4) otros signos. Los síntomas subyacentes varían. Los episodios depresivos durarían al menos 2 semanas (Alarcón, Gea, Martínez, Pedreño y Pujalte, 2016).

Las personas con depresión moderada suelen tener enormes problemas de desarrollo en diferentes áreas de la vida, como social, laboral y familiar. Sin embargo, en un episodio depresivo mayor sin síntomas psicóticos, los pacientes suelen mostrar una gran incomodidad o agitación, a menos que el retraimiento sea una particularidad clara. La pérdida de la autoestima, los sentimientos de inutilidad o culpa estarían relacionados, se asumen que los signos físicos siempre están presentes (Alarcón, Gea, Martínez, Pedreño y Pujalte, 2016).

### **1.3.1. Tratamiento**

El modelo interpersonal para la terapia de la depresión está constituido por las ideas de la escuela de psiquiatría interpersonal, teoría de apego y de roles sociales, donde se enfatizan las vivencias de la vida temprana y excluidas en una historia de la vida posterior, a través de estos se logran vincular síntomas depresivos e ir subsanando el malestar ocasionado por algún evento perturbador. Se realiza durante tres etapas consecutivas: durante la primera sesión el terapeuta revisa cuidadosamente el historial médico que relaciona los síntomas depresivos del paciente con su depresión. Las relaciones interpersonales en presentaciones centradas en una de las áreas problemáticas todas, las cuales, están relacionadas con eventos de la vida y roles sociales. En la etapa intermedia se promueve estrategias para el área problema identificada, por ejemplo, si se presenta un problema con el duelo se facilita la catarsis y a encontrar nuevas actividades y relación para desagraviar la pérdida, a explorar la naturaleza de la relación y la disputa de la misma, se enseña al individuo al manejo del cambio, lamenta la pérdida del rol antiguo, se reconoce aspectos positivos y negativos y a obtener dominio del nuevo rol. En la última etapa se observa el reconocimiento y consolidación de los logros terapéuticos, se estabiliza la autoestima, este modelo comparte con la terapia cognitivo conductual, el hecho en que el paciente pone un foco del aquí y el ahora, técnica de juego de roles, pero considerablemente desde las respuestas afectivas a las dificultades interpersonales en lugar de los pensamientos y conducta (Carrasco, 2017).

Modelo de orientación psicoanalítica brinda intervenciones desde supuestos psicoanalíticos, como la terapia dinámica interpersonal, la cual, presenta dos propósitos, ayudar al paciente a comprender el vínculo de sus síntomas y de lo que sucede en sus relaciones, a través de la identificación de un patrón inconsciente, estimular la capacidad del individuo para reflexionar sobre los estados mentales propios con el objetivo de crear habilidades de manejo de las dificultades interpersonales, en los siguientes pasos estratégicos como: identificar el problema con un foco emocional específico de la depresión, crear una imagen mentalizada, estimular al paciente a sentir y pensar, se usa la transferencia para traer consigo dificultades personales, usar la reflexión constantemente y presentar al paciente un resumen de todo el proceso terapéutico (Carrasco, 2017).

Por otro lado, el modelo cognitivo conductual, a través de este se identifica los pensamientos negativos en base a sí mismo y al entorno que en muchos casos son originados por las diversas situaciones, la terapia cognitivo- conductual brinda diferentes etapas: 1) evaluación e involucramiento en la terapia, 2) módulos de terapia activa y 3) prevención de recaídas. El proceso de la terapia activa presenta diferentes ejes a trabajar como la actividad reducida, en esta se trata de monitorear al paciente para tener un registro de las actividades diarias, se evalúa en función del dominio y la satisfacción, luego el funcionamiento social perturbado donde se trata de que el individuo logre incrementar la frecuencia de actividades sociales satisfactorias, mejorar las destrezas sociales básicas o incluso variables de las habilidades sociales como la asertividad, reducción de las tendencias que ocasionan el retraimiento social y elevar la cantidad de apoyo social, otra área a trabajar es el manejo inefectivo de estresores recientes, se identifica estrategias efectivas e inefectivas para lidiar con los problemas; las habilidades de resolución de problemas deficiente es uno de las áreas a tratar dentro de la TCC, se trata de fomentar a los pacientes a mejorar las habilidades de resolución de problemas interpersonales, se reduce los impulsos o emociones y sobre todo aprender a anteceder un pensamiento. Dado que los individuos son seres que funcionan desde un principio cognitivo, como el pensar, sentir y actuar, basados en el mismo se trata de comprender en qué contexto se encuentra y como manifiesta esas emociones siento realistas, específicos. Además, van a existir sesgos cognitivos los mismo que proveen información importante en la terapia, dentro de esta se trata en de ayudar al paciente que identifique las cogniciones depresivas y monitorearlas para identificar las minimizaciones

en todas las áreas de la vida. Las técnicas más usadas dentro de este modelo son las técnicas de exposición, desensibilización sistemática, técnica de flecha ascendente, técnica del modelado, entrenamiento e autoinstrucciones, técnicas operantes de modificación de conductas, técnicas de relajación y respiración (Carrasco, 2017).

Los modelos cognitivos tradicionales creen que las características y creencias distorsionadas de las personas con depresión afecta la preservación de las clínicas de depresión. Esto conduce a la llamada tríada cognitiva de Beck. Cuando tienes una evaluación negativa de ti mismo, del entorno externo y de lo que está a punto de suceder, cuando piensas negativamente, tiene una tendencia real a pensar que eres inferior a los demás. Esta es una persona despreciable e inútil. Cree que todo lo que hace no implica progreso ni involucra todos los aspectos de la vida. No vería sus propias características y rechazaba sus propias virtudes. Cuando distorsionas la realidad de tu entorno, te quedarás donde no hay mejoría. Esto es difícil para su existencia y para las personas que le rodean. Destinado a cumplir con los requisitos, a pesar de los muchos obstáculos encontrados durante el viaje, parece que tratarían de poner obstáculos para lograr los objetivos establecidos (Hernández, Romero, Alcázar , Vogel y Reyes, 2017).

En el tratamiento de la depresión, se toma en cuenta la farmacología antidepresiva, en este sentido se pretende utilizar una serie de medicamentos que normalizan las sustancias químicas naturales del ser humano, o también, llamados neurotransmisores: dopamina, serotonina, norepinefrina, regulan o mantienen el equilibrio en el estado de ánimo del individuo que experimenta el trastorno y regula el estado de ánimo. Por otro lado, la psicoterapia cognitivo-conductual asiste la modificación de pensamientos, sentimientos y emociones, porque a través de principios cognitivos las personas intentan comprender la expresión de su comportamiento en su vida. También, ayuda a resolver síntomas, reconstruir la psico sociedad y prevenir la recurrencia y adherencia al tratamiento y la medicación, porque se requiere un trabajo multidisciplinario para lograr el objetivo (Vargas et al., 2019).

La mayoría de las pautas señalan los beneficios adicionales de respaldar los efectos de los antidepresivos mediante intervenciones psicosociales. Las pautas basadas en el consenso de expertos en 2001 consideraron la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia de resolución de problemas (PST) y la terapia de apoyo como intervenciones psicosociales de primera línea.

El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas, prevenir la recurrencia y, en última instancia, lograr una remisión completa. Excepto por unos pocos estudios aislados, actualmente no hay evidencia de que las intervenciones de prevención primaria propuestas para la depresión sean efectivas. Sin embargo, hemos visto la efectividad de ciertas intervenciones, como el establecimiento de redes de apoyo a grupos vulnerables, intervenciones específicas para ciertos incidentes e intervenciones para familias e individuos vulnerables, y el uso de medios adecuados para detectar y tratar los trastornos mentales de atención primaria por discapacidad física (Chavarrita, 2015).

### **1.3.2. Factores de Riesgo**

En cuanto a los factores de riesgo aparecen los familiares, las relaciones parentales juega un papel importante en el desarrollo de la depresión en algunos estudios se ha identificaría que los seres humanos, perciben que tanto su padre como madre, habían sido sobreprotectores e intrusivos y que de alguna forma utilizan de manera la culpa para ejercer el control sobre ellos o ellas (Jadán, 2017).

En cambio, dentro de los elementos de riesgo de tipo social se asemeja varias causas, serían: la viudez, factores sociales, el soporte familiar y las condiciones demográficas; por ejemplo, la jubilación hace que la persona pierda un estatus, deterioro de oportunidades para seguir en un ambiente productivo causa de fracaso y indicios depresivos, la menoscabo del colaboración social y familiar; pues la comitiva familiar ha sido registrado como un ámbito de suma importancia ya que al existir un contexto positivo y generador de armonía, respeto, afectivo, comunicativo acompaña a una legítima expresión de sentimientos entre individuos en cualquier tema si fuera el caso de una familia disfuncional la persona se ve afectada y más vulnerable a los síntomas de depresión (Sinchire, 2017)

En cuanto a razones psicológicas, estarían relacionados con la depresión, ya que los diferentes métodos de respuesta y la acumulación de estresores en la vida serían los principales factores que la favorezcan, según los aprendizajes previos, la memoria promovería o no esta enfermedad. Se observa que las personas que se premian más, organizan los materiales más difíciles y tienen problemas de memoria, especialmente cuando necesitan resolver problemas que requieren esfuerzo (Gotilib et al., 2014). Los hombres y las mujeres tienen diferencias interesantes en la

lateralización del cerebro y la función cognitiva, porque las mujeres generalmente son mejores en tareas que involucran la capacidad del lenguaje, la velocidad de percepción y la destreza fina; aunque los hombres se desempeñan mejor en el espacio visual y las actividades matemáticas, en la mayoría de las personas, el hemisferio izquierdo se enfoca en los procesos del lenguaje. Los mismos procesos de lateralización son más fuertes en los hombres que en las mujeres porque son causados principalmente por la exposición a la testosterona, por lo que los hombres en diversas situaciones tienen más probabilidades de reaccionar positivamente, y esto cambia el estado de ánimo (Sinchire, 2017).

A continuación, se presenta un resumen de los factores de riesgo y protectores de conducta suicida en el adulto mayor

**Tabla 1.** Factores de riesgo y protectores

Factores de riesgo	Factores protectores
comportamiento suicida previa y aspecto de ideación suicida	Actividades de vida saludable
Trastornos mentales y adicciones	Contacto con la familia y amigos
Trastornos y rasgos de personalidad	No consumo de alcohol
Enfermedad física	Mantenerse activo
Apoyo vital	Práctica religiosa y sentimientos de tener un propio en la vida
Eventos vitales estresantes	Extroversión, apertura a la experiencia, responsabilidad
Déficit funcional	Percepción de autoeficacia

**Fuente:** (Sinchire, 2017).

Finalmente, determinar los factores relacionados con el proceso de envejecimiento del cerebro, tales como cambios anatómicos funcionales, cambios en los niveles de varios neurotransmisores que afectan los cambios de humor, factores genéticos y genéticos, comorbilidades de enfermedades mentales, como demencia o reacciones de tristeza, reacciones físicas. enfermedades Comorbilidades, tales como:

Enfermedad de Parkinson, enfermedad cerebrovascular, cáncer, hipotiroidismo o hiperfunción, hiperparatiroidismo, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica, enfermedad metabólica crónica (diabetes), enfermedad cardíaca, etc. Pobre red familiar y aislamiento social, polifarmacia, los antihipertensivos (propranolol, metildopa, reserpina), esteroides, los parkinsonianos (levodopa), digoxina, hormonas sexuales y la quimioterapia. También, se reporta que el abuso de algunos fármacos (psicoestimulantes, sedantes o sustancias tóxicas como el alcohol) y, finalmente, factores psicosociales como la jubilación y la soledad (Chavarrita, 2015, p. 75).

### **1.3.3. Consecuencias de la depresión en el adulto mayor**

Normalmente, los adultos mayores presentan angustias emocionales, lo que significa una reducción en la calidad de vida de este grupo etario, aunque también, existen múltiples trastornos, entre ellos la depresión, ha sido una de las enfermedades causantes de anexas patologías en el mundo, es por esta razón que en la atención primaria su origen es claro y evidente, puesto que la alteración sucede comúnmente en la vejez es muy usual su motivo de consulta. Además, se ha evidenciado que el aunque estos individuos vivan en algún lugar apropiado, el no poseer de relaciones sociales, afectivas con personas cercanas serían víctimas de alteraciones mentales.

La dificultad principal en el área psicológica que se plantea a la persona que llega la senectud, es cómo conseguir adaptarse a este nuevo medio existencial; es por ello que "se puede envejecer bien o mal" (Aguera y Gayoso, 2004). La inseguridad aumenta en la vejez: esta inseguridad es causada por diversos factores, como problemas económicos, cambios en el estilo de vida, restricciones en el ámbito social, aislamiento, muerte de familiares y amigos, reducción de la soberanía, etc. Estos eventos se derivan de hechos dolorosos Experiencia y transformarse en protesta psicológica (Jadán, 2017).

La dificultad para adaptarse a estos cambios en la vejez provocaría depresión psicológica y posiblemente depresión. El acercamiento de la muerte tiene importantes implicaciones psicológicas. Es difícil para las personas aceptar la muerte. En muchos casos, las personas se sienten tristes e incómodas. Estas características de la vejez son propicias para la aparición de depresión de inicio tardío o depresión descompensada, sufre desde la juventud o la madurez.

Por tanto, la prevalencia de depresión en los ancianos es alta. A veces, el envejecimiento y la depresión a menudo se confunden y se relacionan. Pero la depresión en los ancianos no es "normal" (Chavarrita, 2015).

La depresión tiene una serie de efectos negativos sobre las comorbilidades y la capacidad funcional de los ancianos. Las consecuencias incluyen mayor morbilidad, incapacidad física y social, peor predicción para la rehabilitación temprana y mayor uso de los servicios hospitalarios. También, están relacionados con la merma de la función cognitiva, se cree que la depresión es un momento que precede a la demencia, la ambivalencia de depresión mayor y deterioro de la función cognitiva se consideraba enfermedad de Alzheimer hace muchos años (Andreescu y Reynolds, 2012).

Los efectos adversos psicológicos y sociales del trastorno son diversos, los mismo serían actores de un retraso o impedimento de la búsqueda de atención apropiada, el cuadro clínico incita a enfermedades en la alimentación, inhibición en la emisión de actividades que benefician la salud, el efecto de la depresión sobre la capacidad física sería equivalente o inclusive más dinámico que el de las enfermedades crónicas (Andreescu y Reynolds, 2012).

## **CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **2.1. Tipo de investigación y alcance**

La investigación es no experimental transversal, es decir, se basa en un estudio donde no se pretende modificar de forma deliberada las variables independientes para observar algún efecto sobre otras variables, el fenómeno tal y como se da en su contexto natural para analizar, la depresión como una situación existente no provocada intencionalmente por el investigador simplemente ocurre, no se puede manipular ni ser influenciada en ella porque ya sucedió al igual que sus efectos (Hernández, 2018)

Es transversal porque se reúne los datos en un tiempo único, pues su propósito consta en diagnosticar el estado actual de la depresión geriátrica en los adultos mayores de Baños de Agua Santa.

#### **2.1.1. Enfoque**

La presente investigación tiene como enfoque de tipo cuali-cuantitativa, es cualitativa porque el estudio se basó en un proceso inductivo como explorar y describir para luego generar perspectivas teóricas y es cuantitativa porque se logra estimar magnitudes y la recolección de datos que se llevaron a cabo a un proceso de estandarización, de esta manera a través del reactivo psicológico se pudo identificar niveles de depresión que presentan los adultos mayores, se utiliza métodos estadísticos que diera respuesta a la idea a defender, es decir, al no ser aplicada la intervención como tal no se pretende comprobar una hipótesis sino permite dirigirse a un proceso secuencia y desde esta manera comprobar suposiciones (Hernández, 2018).

#### **2.1.2. Alcance**

El alcance es comparativo, debido a que compara diferencias y similitudes entre las variables de estudio como los datos sociodemográficos con resultados que determina el test de Yesavage, además, es descriptivo porque procura detallar la propiedad de un fenómeno que se somete a un estudio, con este se logra especificar las características de la población como la edad, género, discapacidad, nivel de instrucción, estado civil, situación familiar y de convivencia, es decir, se pretende menoscabar información de forma independiente sobre la variable. A su vez es exploratorio porque es un tema que requiere de mayor investigación, al ser novedoso se pretende dar nuevas perspectivas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Mediante el tema propuesto se centra en primera instancia descubrir si dentro de la población seleccionada hay indicios de depresión y desde este punto de vista, proponer un plan de intervención cognitivo conductual para a disminución de la depresión en Adultos Mayores de la Ciudad de Baños de Agua Santa.

## **2.2. Técnicas y herramientas**

Para realizar una investigación exhaustiva, es necesario el uso de las técnicas y herramientas, estas ayudan a recopilar la información necesaria de cada individuo o de un grupo por medio de una forma lógica y ordenada, esto ayuda a cumplir con los objetivos propuesto o hipótesis planteadas (Gauchi, 2017). En primera instancia, se utilizó una ficha sociodemográfica, se considera diferentes variables como: género, edad, discapacidad, estado civil, nivel de instrucción, situación familiar y de convivencia. Tal como Crempien et al. (2017) en su investigación de tipo no experimental transversal, descriptivo correlacional sustenta como uno de los instrumentos la ficha sociodemográfica por el Intituto Milenio para el estudio de la Depresion y Personalidad MIDAP.

Así mismo, en la investigación propuesta por Escobedo (2017) menciona:“la discusión de grupo, la observación, los documentos personales o las historias de vida son otras modalidades de generar datos cualitativos” (p. 18). Son registros alentados por el investigador durante el desarrollo de su trabajo, y tienen un valor emocional y / o simbólico para el individuo analizado. Las fuentes de esta gama, también, incluyen diarios personales, varias notas, cartas y cuestionarios. Libre (no estandarizado), ejecución oral y presentación espontánea.

Además, para esta investigación se seleccionó la herramienta psicométrica donde Vargas (2016) define:

Las pruebas psicométricas o más conocidas como test psicológicos, han sido y son una herramienta fundamental para la labor del profesional psicólogo en cualquier ámbito laboral en el que se desempeñe. Dichas herramientas abarcan una gran variedad de campos de trabajo, algunos más aplicativos, como lo son la psicología clínica, la organizacional, la educativa, entre otras, y en especial para la investigación psicológica (p. 02).

En este caso, se utilizó el test de Yesavage conocido, también, con el nombre de GDS-15. C. quienes crearon fueron Aguado, J. Martínez, M.C. Onís, R.M. Dueñas, C. Albert, J. Espejo, considerado como el único autoinforme edificado concretamente para adultos mayores y su primordial ventaja no compone síntomas físicos con los depresivos, este instrumento está compuesto por 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no), que expresan 7 manifestaciones en la depresión del adulto mayor como: somáticas, disminución del afecto, alteraciones de tipo cognitivas, motivaciones, emociones como sentimiento de discriminación, ausencia de orientación hacia el futuro y pérdida de autoestima; las respuestas que se encuentran en negrita y minúscula indican depresión, cada respuesta cuenta con 1 punto, la puntuación total es de 15 puntos y los equivalente son no depresión: 0-5 puntos, probable depresión 6-9 puntos y depresión establecida de 10-15 puntos(Gómez y Campo, 2011)

Una de las ventajas del instrumento es que no mide los estado momentaneos de los pacientes, y no se ha hallado relación entre la deseabilidad social y la puntuación, por lo que la manera de instruir no afeca a los resultados esperados.

Para la valoración de las herramientas es necesario que sean estandarizadas, es decir, que cuente con una confiabilidad y validez; la confiabilidad se conoce a la propiedad de las puntuaciones que determina un test, y desde una traducción antigua se logra determinar la varianza verídica, además, está relacionada estrechamente con el error de medición, por ende, a mayor confiabilidad, menor erro de medida. Por otro lado, la validez se conoce cuando la evidencia científica apoya la interpretación de la herramienta, esta podría dividirse por validez de contenido, en relación con variables, según la estructura interna. Es necesario exponer la validez de un instrumento porque garantiza el nivel de interpretación del estudio o a su vez reconoce las limitaciones del mismo (Ventura, 2017).

Para validar el test, el valor que se obtenga en el alfa de Cronbach sería superior al 0.7, mientras más se aproxime a 1 la fiabilidad del test es mejor, el valor que se obtiene en el test de Yesavage, se usa 30 encuestados como muestra es de 0.84, por lo tanto, el instrumento es fiable. Se realizaron estudios en España, “la versión de 15 ítems ha demostrado una fiabilidad ínter cintra-observador muy alta, con una validez predictiva similar a la referida: sensibilidad del 80% y especificidad del 75% para el punto de corte 5” (Bacca, González y Urina, 2005, p. 56).

**Tabla 2.** Estadística de fiabilidad

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,840	0,846	15

**Fuente:** Datos analizados por medio del programa SPS.

### 2.3. Población y muestra

El tipo de población fue conformada por 120 adultos mayores entre ellos, 52 individuos de sexo masculino y 68 de sexo femenino pertenecientes a la zona urbana-alrededores de la ciudad de Baños de Agua Santa, se seleccionó a personas a partir de 65 años de edad, en adelante; además, se realizó un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, es decir, que no todos los pacientes tendrían igualdad probabilística de ser elegidos, fueron seleccionados por criterios de inclusión como individuos tanto mujeres como hombres que tengan 65 años en adelante, según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES, 2013) considera al grupo etario que comprende más de 65 años de edad, considerándoles personas adulto mayores, al haber alcanzado este rango de edad se consideran personas de la tercera edad. Además, otro criterio tomado en cuenta es a todos los individuos que pertenecen a la ciudad de Baños de Agua Santa, alrededores de la zona urbana de pobreza y pobreza extrema, mientras que los criterios de exclusión son aquellas personas que sean menores a los 65 años, que no pertenezcan a la ciudad mencionada y aquellos que mantengan una estabilidad económica, por esta razón a continuación se observa una tabla sociodemográfica para estimar su situación económica.

### 2.4. Propuesta de la investigación

El tema propuesto de la investigación surge a partir de la problemática que se vive hoy en día relacionado con la depresión y los adultos mayores, a partir de esto se logró delimitar el problema, estructurar un tema que convenga como un aporte a la sociedad Baneña y desde este punto de partida realizar los objetivos de la investigación con el fin de poner énfasis en el cumplimiento de los mismos. Para recabar mayor información se realizó un estudio en diferentes

sitios como en internet, se toma en cuenta artículos de revistas científicas, investigaciones de otras universidades, libros, revisiones bibliográficas relacionado netamente con la depresión en el adulto mayor.

En la sección del estado del arte se pudo dar a conocer sobre la prevalencia, definiciones de la depresión, sintomatología, tipos de depresión, diagnóstico, tratamiento, factores de riesgo, consecuencias de la depresión en el adulto mayor.

Seguidamente, se identificó a la población, se toma en cuenta a los adultos mayores a partir de 65 años de edad en adelante, pertenecientes a la ciudad de Baños de Agua Santa, el instrumento que se utilizó fue el test de Yesavage es una escala de depresión geriátrica, es un tipo de herramienta estructurada, autoaplicada y posee 30 ítems con respuestas dicotómicas, las áreas terapéuticas son la sintomatología del trastorno.

Seguidamente, se realizó un consentimiento informado para estimar que los adultos mayores sean parte de la investigación propuesta, donde se detalla la evaluación y devolución de los resultados con el fin de que se mantengan informados sobre su estado actual de salud mental.

Para finalizar, se aplicó a la población mencionada los reactivos, seguidamente, se realizó la tabulación de los datos, se realizó una distribución en cuanto a la edad, género, discapacidad, estado civil, nivel de instrucción, situación familiar y de convivencia, por medio de una matriz realizada en el programa Excel. Posteriormente se utilizó la matriz para analizar el Alfa de Cronbach, frecuencia, y media y de esta forma responder a los objetivos planteados.

Para finalizar, se realizó una propuesta de un plan de intervención cognitivo- conductual para disminución de la depresión en adultos mayores.

### CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se presentan los resultados, análisis e interpretaciones sobre el levantamiento de la información de datos del test de Yesavage conocido como GDS-15 a los adultos mayores pertenecientes a la zona urbana de la ciudad de Baños de Agua Santa. Seguidamente, con los datos menoscabados se presenta la propuesta de intervención cognitivo conductual para la disminución de la depresión en los adultos mayores.

#### 3.1. Análisis de datos

A continuación, se observa los datos sociodemográficos para detallar la población puesta en estudio.

##### 3.2.1. Características de la población

**Tabla 3.** Género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	52	43%
Mujeres	68	57%
TOTAL	120	100%

**Fuente:** Autoría propia

De acuerdo con la tabla de frecuencia en cuanto al género del total de la población, el 43% son hombres y el 57% pertenecen al género femenino.

**Tabla 4.** Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
65-80 años	80	67%
81-96 años	40	33%
Total	120	100%

**Fuente:** Autoría propia

Dado que según Erikson (como se citó en Alvarado y Salazar, 2014) menciona que la etapa de la vejez empieza desde los 65 años de edad en adelante, se toma en cuenta los factores biopsicosociales. De acuerdo a los resultados en cuanto a la edad, se concluye que de acuerdo a la división de los rangos de edad entre 65 a 80 años se encuentran un 67% de la población, así mismo de 81 a 96 años se encuentran un 33% de la población.

**Tabla 5.** Discapacidad

Discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	111	93%
Física	7	6%
Auditiva	2	2%
Total	120	100%

**Fuente:** Autoría propia

En la tabla de los resultados, se concluye que la mayoría de los adultos mayores no presentan discapacidad, se muestra un 93% de la población, mientras que el 6% presenta discapacidad de tipo física y el 2% presenta discapacidad auditiva.

**Tabla 6.** Estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	18	15%
Casado	57	48%
Divorciado	6	5%
Viudo	39	33%
Total	120	100%

**Fuente:** Autoría propia

De los resultados abordados, se identifica que el 15% de los adultos mayores son solteros, el 48% casados, el 5% divorciados y el 33% viudos, es decir, que la mayor parte de la población mantienen una relación afectiva.

**Tabla 7.** Nivel de instrucción

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	94	78%
Primaria terminada	0	0%
Secundaria	0	0%
Personas no letradas	26	22%
Total	120	100%

**Fuente:** Autoría propia

Según la tabla de frecuencia sobre el nivel de instrucción el 78% de la población han cursado primaria, el 22% son personas no letradas.

**Tabla 8.** Situación familiar y de convivencia

Situación familiar y de convivencia	Frecuencia	Porcentaje
Solo	36	30%
Cónyuge	49	41%
Familiares	35	29%
Total	120	100%

**Fuente:** Autoría propia

En la tabla de frecuencia se estimaría que el 30% de los individuos viven solos, el 41% con su cónyuge y el 29% con otros familiares. En el análisis de los datos se presenta la frecuencia de la depresión y la correlación de las variables sociodemográficas para determinar de mejor manera las características de los individuos que presentan mayor probabilidad del trastorno depresivo.

**Tabla 9.** Frecuencia de la depresión

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje
No depresión	21	18%
Probable depresión	28	23%
Depresión	71	59%
Total	120	100%

**Fuente:** Autoría

Para el análisis de la tabla 9 se tomó en cuenta la frecuencia de los niveles de depresión, donde se identifica que el 18% de la población no presentan depresión, el 23% determinan una probable depresión, es decir, que presentan síntomas, pero no se ajustan al cuadro depresivo como tal. Y el 59% de los adultos mayores padecen del trastorno depresivo es que estos individuos cumplen con las diferentes manifestaciones tanto somáticas, en la depreciación de la afectividad, transformaciones de tipo cognitivo, efectos de discriminación, declive de la motivación, separación de disposición al futuro y quebranto de la autoestima. Tal como se evidencia en la investigación sobre la depresión en adultos mayores y diferencias entre sexos propuesta por Soria, Soriano, Lara, y Mayen (2018) donde menciona que el 15 % de la población, es decir, 46 personas demuestran posible depresión o depresión establecida.

**Tabla 10.** Variable género y depresión

<b>Género</b>	<b>Depresión</b>	<b>Frecuencia</b>
Hombre		33 46%
Mujer		38 54%
Total		71 100%

**Fuente:** Autoría propia

En cuanto a la variable género y depresión, se logra identificar que, 33 hombres y 38 mujeres presentan el trastorno depresivo, se presenta entre los dos grupos el 59%. Como se evidencia en la investigación sobre la depresión en adultos mayores y diferencias entre sexos propuesta por Soria, Soriano, Lara, y Mayen (2018) donde mencionan que los hombres demuestran datos de mayor posibilidad de padecer el trastorno depresivo, mientras que las mujeres son detectadas con una depresión establecida.

**Tabla 11.** Variable edad y depresión

<b>Edad</b>	<b>Depresión</b>	<b>Frecuencia</b>
65-80		46 65%
81-96		25 35%
<b>Total</b>		<b>71 100%</b>

**Fuente:** Autoría propia

Según la edad de los adultos mayores, se determinó que en los rangos de 65-80, 46 personas presentan depresión; de los rangos 81-96 años, 25 padecen de la enfermedad. Sin embargo, se compara los resultados con la investigación sobre la depresión en la vejez: un importante problema de la salud en México afirma que “síntomas depresivos en los adultos mayores en Ciudad Victoria resulta excesivamente alta para la población de 60 años o más” (Navarro, León y Olazarán, 201, p. 112), mientras que en esta investigación se identifica síntomas depresivos entre 65 a 80 años y 81-96 con un 59%.

**Tabla 12.** Variable discapacidad y depresión

	<b>Depresión</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Discapacidad</b>	5	7%
<b>No discapacidad</b>	66	93%
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Autoría propia

Se analiza la tabla de frecuencia, los individuos que no presentan discapacidad son 66 personas es el 93% y los que si tienen discapacidad son 5 individuos es el 7% de la población. Al contrastar esta información, en la investigación sobre la depresión en personas con discapacidad y su relación con la funcionalidad familiar Valdivieso y Quinche, (2016) mencionan: “Las personas con discapacidad que sufren enfermedades crónicas, enfrentan dificultades de tipo

práctico y/o social. Tales dificultades incrementan el riesgo de desarrollar problemas de salud mental de 2 a 10 veces mayor en personas con discapacidades o enfermedades crónicas” (p. 2).

**Tabla 13.** Variable estado civil y depresión

<b>Estado civil</b>	<b>Depresión</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Soltero</b>	11	15%
<b>Casado</b>	34	48%
<b>Divorciado</b>	5	7%
<b>Viudo</b>	21	30%
<b>Total</b>	71	100%

**Fuente:** Autoría propia

En cuanto al estado civil de los adultos mayores, las personas solteras fueron 11 que presentan depresión es el 15%, casados 34 individuos con un 48%, divorciados 5 personas con un 7%, viudo 21 adultos mayores es el 30%. Como en la investigación sobre el riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores en Colombia afirman: “el estado civil predominante fueron los casados con un 29,5 %” (Segura, Cardona, Segura y Garzón, 2015, p. 188).

**Tabla 14.** Variable nivel instrucción y depresión

<b>Instrucción</b>	<b>Depresión</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Primaria</b>	55	77%
<b>Personas no letradas</b>	16	23%
<b>Total</b>	71	100%

**Fuente:** Autoría propia

Del nivel de instrucción, los adultos mayores que tienen depresión 55 personas se encuentran en primaria reflejándose con 77% y 16 son personas no letradas es el 23%. Se contrasta con la

investigación propuesta por Valdivieso y Quinche (2016) “Las personas con discapacidades divorciadas presentaron una prevalencia del 100% de depresión, lo que refieren que la ausencia de pareja aumenta el riesgo de depresión” (p. 2).

**Tabla 15.** Variable situación familiar y depresión

<b>Variable situación familiar</b>	<b>Depresión</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Sólo</b>	21	30%
<b>Cónyuge</b>	31	44%
<b>Familiares</b>	19	27%
<b>Total</b>	71	100%

**Fuente:** Autoría propia

Se determina en cuanto a la situación familiar si el individuo vive solo, con el cónyuge y/o familiares; de tal forma que los adultos mayores que tienen depresión 21 viven solos con un 30%, 31 con el cónyuge 44% y 19 con familiares es el 27%. Cuando este trastorno se presenta en el contexto de la prevalencia de discapacidades físicas, causarían graves daños a todo el entorno familiar; a la vez, significa discriminación, cargas emocionales y sociales, y cuando se vincula a la depresión, tienen un impacto negativo en la salud emocional, como parte de la familia, brindarían a las personas con discapacidad física educación y cuidados relacionados con su estabilidad física y mental (Valdivieso y Quinche, 2016).

**Tabla 16.** Variable independencia física y depresión

<b>Variable independencia física</b>	<b>Depresión</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Dependiente</b>	42	59%
<b>Independiente</b>	29	41%
<b>Total</b>	71	100%

**Fuente:** Autoría propia

Sobre la independencia de tipo física y depresión, los adultos mayores que tienen depresión 42 de ellos son dependientes es el 59% y 29 independientes es un 41% de la población. Al discrepar la información con el estudio sobre la asociación entre depresión y dependencia funciona en pacientes adultos mayores propuesto por Runzer et al., (2017) menciona que existe una fuerte relación e independiente entre las variables depresión y dependencia funcional.

### **3.2. Propuesta de intervención**

#### **Tema:**

#### PROPUESTA DE UN PLAN DE INTERVENCIÓN COGNITIVO- CONDUCTUAL PARA DISMINUCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES

##### 3.2.1. Introducción

La depresión en el adulto mayor se ha convertido en un transcendental problema en la salud mental en nuestro alrededor, se caracteriza por una mayor gravedad en cuanto al suicidio y conflictos a la hora de diagnosticarle, es un malestar que serían tratadas a tiempo por un equipo multidisciplinario ya sea con el psiquiatra, psicólogo, enfermeras, y sobre todo con la ayuda de los familiares cercanos del paciente.

Si bien es cierto, los individuos pasan por diferentes etapas de vida unos menos y otros más afortunados, sin embargo, al pasar a la etapa de la vejez nacen diferentes aprensiones, miedos, pérdida progresiva de las facultades tanto físicas como psicológicas que hace que sea un período temido por las personas. Según la OMS (2017) “la vejez es una etapa de la vida en la que las funciones mentales y físicas se hace cada vez notorio en comparación con otras etapas” (p. 1).

Los factores psicosociales, físicos y biológicos son las variables principales determinantes que marcan las características en el adulto mayor, el aislamiento social, el desbalance de la dinámica familiar, las enfermedades físicas como la discapacidad, fenómenos neurodegenerativos, son aspectos donde las personas se ven con menor capacidad para adaptarse a nuevas situaciones.

### 3.2.2. Metodología del programa

Se considera que la dinámica psicológica de los individuos se ven enmarcados en la multicausalidad la que induce que su bienestar y malestar se trasladen de igual manera, hace necesaria la construcción y el desarrollo de un modelo apto a juntar estas variables e interrelacionarlas para conseguir una explicación y aplicación psicoterapéutica más apegada a su realidad, que preste la posibilidad de promover modificaciones necesarios, más acotados a la problemática, sin perder de vista la particularidad y sobre todo la visión del mundo, que marca la diferencia con una visión paralela, se consigue un proceso terapéutico eficaz y eficiente para los pacientes (Sandoval, Machuca y Sampedro, 2021).

De tal forma, se ha tomado en cuenta para esta investigación el modelo integrativo focalizado en la personalidad “MIFP” del Dr, Lucio Balarezo, el modelo presenta cinco fases: en la primera fase se puede encontrar la ficha integrativa de análisis de demanda, expectativas y motivaciones previas al inicio del proceso, en este las demandas incluye el origen del paciente, si procede del mismo o de algún otra persona, es necesario en esta fase identificar si requiere del asesoramiento psicológico, psicoterapia o ambos, mientras que dentro de las expectativas y motivaciones del paciente incluye la ayuda de síntomas, la remisión, curiosidad u otros (Vásquez, 2016).

En la segunda fase, se encontrarían una síntesis valorativa y diagnóstica de componente biológicos, psicológicos y sociales, donde se identifica la descripción del trastorno o problema en la misma incluye los factores biológicos, factores sociales, atribuciones psicológicas influyentes en el trastorno o problema. Además, en la descripción de la personalidad se trata de menoscabar las características de la personalidad del paciente, estilos cognitivos, rasgos potenciadores y limitantes. Luego, se pretende tomar una decisión sobre el proceso psicoterapéutico con diversos aspectos. En la tercera fase se encuentra la planificación del proceso, donde se formula la dinámica del trastorno o problema, es especificar rasgos notorios del problema, la probabilidad cuantitativa como cualitativa, datos importantes para comprender el cuadro clínico al que el investigador se enfrenta, luego la descripción diagnóstica de la personalidad, donde se describe los rasgos sobresalientes de tipo cognitivo, rasgos potenciadores o limitantes. Seguido de ello, se señala los objetivos y técnicas terapéuticos en relación con el problema, con la sintomatología o trastorno (Vásquez, 2016).

Para la cuarta fase se ejecuta y aplica la técnica y los fenómenos de la relación terapéutica como las condiciones ambientales externas, características del terapeuta o asesor donde se califica los aspectos cognitivos, los aspectos no cognitivos, capacidades grupales, características del paciente/cliente, fenómenos afectivos durante el proceso, indicadores de transferencia, manejo de la transferencia, contratransferencia. Para finalizar se propone la quinta fase donde se evalúa el diagnóstico, el proceso y los resultados (Vásquez, 2016).

**Tabla 17.** Protocolo de intervención

Fecha	Objetivos terapéuticos	Técnica	Metodología
	<p>-Instaurar nuevas formas de comunicación para las relaciones personales y el estado de ánimo</p>	<p>-Resolución de problemas en conflictos interpersonales y frustraciones.</p> <p>Resolución de problemas familiares e interpersonales</p> <p>Asertividad</p>	<p>-Psicoeducación. Explicación del cuadro clínico y sus manifestaciones.</p> <p>-Respuesta esperada al tratamiento.</p> <p>-a través de la terapia de solución de problemas se orienta al problema, definición del problema y formulación del mismo.</p> <p>-se realiza un análisis de estilos de afrontamiento y esquemas internos, dirige al paciente a obtener recursos personales y hacia el análisis y afrontamiento adecuado a la situación, en lugar de evitar.</p> <p>-para facilitar la resolución de problemas interpersonales se analizan estilos comunicativos: agresivos, pasivo y asertivo, y las consecuencias de las relaciones.</p> <p>-se realizan ejercicios de role playing para observar la escena desde otro punto de vista, favorece la empatía.</p> <p>-Psicoeducación en valores.</p>
	<p>-Fortalecer las actividades diarias para la autoestima.</p>	<p>-Programas de crecimiento personal para la autoestima</p> <p>Técnica de auto observación y reestructuración cognitiva</p>	<p>-Para establecer los valores personales se utiliza la metáfora del jardinero, se visualiza cuáles son las cosas que quiere en su vida y el estado en el que se encuentran en ese jardín. También, se intenta desapegar del resultado se centra en el proceso que depende de la persona. Se simboliza el proceso como plantar una semilla que necesita la paciencia suficiente para crecer.</p> <p>-Los componentes que tratar son: donde está, que le conduce a estar allí y cuál es el coste o resultado respecto a donde quisiera estar, se toma los valores como la motivación de su historia individual.</p>

---

-Desarrollar aptitudes positivas en relación con el proceso de envejecimiento.

-Modificación de aptitudes  
Técnica del modelado y entrenamiento de habilidades sociales.

-Se realiza un análisis funcional de sus pensamientos que lo hacen valorar como una autoestima baja, para de esa forma reestructurar las distorsiones de pensamiento a través de la terapia ABC.

-Psicoeducación el tema “los sentidos”  
-Para la modificación de aptitudes, se proporciona o solicita a los participantes que adquieran los siguientes objetos, frutas, instrumentos musicales, materiales como marcadores, cartulina. Se realiza la actividad un viaje por los sentidos. El terapeuta les pide cerrar los ojos para que el objeto que se le presente en frente logre adivinar se utiliza sus sentidos  
Retroalimentación sobre la regulación atencional y emocional, conciencia del cuerpo y flexibilidad psicológica.  
Seguido de ello, se realiza las funciones del modelado que es enseñar al adulto mayor nuevas conductas, incitar conductas, motiva y modifica la valencia emocional. Se realiza en 3 fases: exposición, adquisición, aceptación/ejecución.  
Seguido se realiza un entrenamiento en habilidades sociales

-Identificar emociones negativas y positivas

-Técnica conectar con las emociones.

-Psicoeducación sobre emociones, revisión de video sobre emociones (Ekman y Oster) realizado por CISAME

-Presentación de diapositivas sobre emociones para facilitar la identificación de éstas y enriquecer su expresión emocional, se explica los componentes de las emociones.

-Se realiza un registro de emociones.

- Modificar pensamientos negativos

- Detección de pensamiento

-Seguidamente, se utiliza el diálogo socrático para identificar pensamientos negativos.

-Se realizan Técnicas de Relajación y Respiración para producir cambios en el

sistema nervioso autónomo que contribuyen en la focalización de la atención. Unos

minutos antes de finalizar la sesión se baja la iluminación ambiental y se facilitan

instrucciones como cerrar los ojos, poner los pies apoyados en el suelo y ser

conscientes de la respiración, se sigue la inspiración expiración y se evocan imágenes

de calma, peso y calor

-Auto registro de fortalezas y del estado de ánimo

-Enlistar pensamientos adaptativos sobre las situaciones presentes y futuras.

-Actividad “Mis planes a futuro”

-Modificar sentimientos de inutilidad

- Reestructuración cognitiva

Para finalizar y consolidar el procesos teórico, investigativo y práctico, se realiza un examen crítico de todo lo sucedido desde la primera sesión a la última, para obtener una eficacia del proceso terapéutico serían juzgada a través de diversos recursos para mayor objetividad como: en la guía 7 se encuentran los fenómenos de la relación terapéutica, a través de las condiciones ambientales externas donde se evalúa las características del consultorio, elemento accesorios, grabación de las sesiones, posición entre paciente cliente y terapeuta/asesor. Las características del terapeuta o asesor, a través de aspectos cognitivos por medio de la función ejecutiva, pensamiento teórico-abstracto, potencialidad analítico-sintética, creatividad, intuición, perspicacia, flexibilidad, fluidez verbal; aspectos no cognitivos como la adecuación de sus rasgos de personalidad al cliente, valores de solidaridad, equilibrio psíquico, capacidad de comunicación y relación interpersonal, capacidad empática, integridad ética, motivación a brindar ayuda, autoestima apropiada, resiliencia apropiada, proactividad; las características del paciente/cliente donde se evalúa la motivación al tratamiento, factores cognitivos, nivel de integración de la personalidad, capacidad de respuesta emocional, flexibilidad y locus de control interno. Además, se califica los fenómenos afectivos durante el proceso como el rapport, empatía, resistencias, indicadores de transferencia: verbales y no verbales; el manejo de la transferencia, la contratransferencia donde se toma en cuenta las expresiones de contra (mecanismo de defensa o pensamientos de contratransferencia) y manejo de la misma (Balarezo, 2010).

En la guía número 8, se evalúa la apreciación del grupo, características del grupo si fueron abiertos, cerrados, homogéneos, heterogéneos, el tipo de grupo en este caso adultos mayores, su grado de instrucción, el nivel del locus de control (interno o externo) y la dinámica grupal, en este se estima el liderazgo, normas y reglas y comunicaciones (Balarezo, 2010).

Finalmente, en la guía 9 se evalúa el procesos psicoterapéutico, los objetivos establecidos, cumplimiento de objetivos, donde se califica el nivel de satisfacción (escala subjetiva de 1 a 10) de los pacientes, familiares y el terapeuta; las técnicas empleadas y grado de eficacia (1-5) del problema, sintomática o del trastorno; las interrogantes al finalizar el proceso si fue exitoso el proceso y por qué, el cumplimiento de las expectativas basado en la opinión del paciente, familiares, instituciones, otros y terapeuta, si fue un tratamiento mixto, derivación del paciente a otro profesional y la deserción del paciente (Balarezo, 2010).

## CONCLUSIONES

- Dado que los adultos mayores presentaron niveles de depresión, los resultados permitieron proponer un plan de intervención bajo técnicas cognitivo-conductuales, Resolución de problemas familiares e interpersonales, asertividad, técnica de auto observación y reestructuración cognitiva, técnica del modelado y entrenamiento de habilidades sociales, técnica conectar con las emociones, detención de pensamiento, reestructuración cognitiva.
- La fundamentación de los aspectos teóricos y metodológicos de la depresión en los adultos mayores y la intervención cognitivo conductual, comprenden aquellos que tienen 65 años o más, sin embargo, son individuos que poseen mayor riesgo de problemas en cuanto a los trastornos depresivos, tanto por la etapa de envejecimiento, como por las necesidades sociales, económicos, entre otros factores que influyen en la calidad de vida. Se habla de una enfermedad multifactorial y, por consiguiente, los factores implicados en su aparición tienen la posibilidad de ser bastante diferentes. Éstos van a partir de componentes personales-sociales, a cognitivos y/o familiares o de los genes.
- El diagnóstico del estado actual de la depresión geriátrica en los adultos mayores de Baños de agua Santa, se identifica que el 18% de la población no presentan depresión, el 23% determinan una probable depresión, es decir, que presentan síntomas, pero no se ajustan al cuadro depresivo como tal. Y el 59% de los adultos mayores padecen del trastorno depresivo es que estos individuos cumplen con las diferentes manifestaciones tanto somáticas, en la disminución del afecto, alteraciones de tipo cognitivas, sentimientos de discriminación, alteraciones de la motivación, ausencia de orientación al futuro y pérdida de autoestima.
- La elaboración de la propuesta de intervención para la disminución de la depresión geriátrica, se realizó una propuesta de intervención con el fin de disminuir los síntomas depresivos, la aplicación del plan es basado en tratamiento de psicoterapia del modelo integrativo focalizado en la personalidad “MIFP” del Dr, Lucio Balarezo, el modelo presenta cinco fases.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda el uso de las técnicas desarrolladas en el plan de intervención para la disminución de la depresión.
- Dado que existen diversos factores por los que los adultos mayores se vuelven vulnerables, es importante que las instituciones que cuentan con un departamento de salud mental en realicen un seguimiento a esta población para velar por la calidad de vida.
- Al proponer un plan de intervención cognitivo-conductual, se recomienda que en futuras investigaciones se logre emplear en adultos mayores a partir de los 65 años y de esta forma aplicar el retest para valorar la efectividad de las técnicas aplicadas en ese grupo poblacional.
- Además, de esta propuesta y del modelo que se escogió para planificar el plan terapéutico, hay que tomar en cuenta que existen diferentes tipos de terapia cognitivo-conductuales, se acogería la más acorde a las necesidades que presente la población.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agostini, G. (2018). Trastornos Disfórico Premenstrual (TDPM). *Psiquiatría y Salud Mental*, 35(4), 238-243. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1005047/14-trastorno-disforico-premenstrual-g-agostini.pdf>
- Aguera, F., & Gayoso, M. (2004). Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatria. Depresión y Ansiedad. *Sociedad Español de Geriatria y Gerontología*.
- Aguilar Navarro, S., & Ávila Funes, J. (2007). La depresión: particularidades clínica y consecuencias en el adulto mayor. *Clínica de Geriatria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*, 143(2), 141-148. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
- Alarcón, R., Gea, A., Martínez, J., Pedreño, J., & Pujalte, M. (2016). *Guía práctica de los tarstornos depresivos*. Murcia: Servicio Murciano. Obtenido de <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
- Alvarado García, A., & Salazar Maya, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. doi:10.4321/S1134-928X2014000200002
- Andreescu, C., & Reynolds, C. (2012). Depresión a una edad avanzada: tratamiento basado en la evidencia y nuevos caminos prometedores para la investigación y la práctica clínica. *Elsevier*, 19(4), 116-126. doi:10.1016/j.psiq.2012.07.005
- Asociación Americana de Psiquiatria. (2014). *Guía de consulta criterios diagnóstico DSM-5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatria.
- Asociación Americana de Psiquiatria. (2018). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona.
- Bacca, A., González, A., & Urina, A. (2005). VAlidación de la Escala de Depresión de Yesavage en adultos mayores colombianos. *Pensamiento psicológico*, 1(4), 53-63. Obtenido de <file:///C:/Users/HP/Downloads/80112046006-2.pdf>
- Balarezo, L. (2010). *Bases metodológicas del mdoelo integrativo etapas del proceso*. Quito: Unigraf.
- Baldeón, P., Luna, C., Mendoza, S., & Correa, L. (2019). Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas. *Rev. Fac. Med. Hum*, 19(4), 47-52. doi:10.25176/RFMH.v19i4.2339

- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Médica Herediana*, 182-191. doi:10.20453/rmh.v29i3.3408
- Cano Vindel, A., Muñoz Navarro, R., Mae Wood, C., Limonero, J., Medrano, L., Ruiz Rodriguez, P., . . . Santolaya, F. (2016). Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy Versus Treatment as Usual in Adult Patients With Emotional Disorders in the Primary Care Setting (PsicAP Study): Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Publications*, 5(4). doi:10.2196/resprot.6351
- Carrasco , A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Interamerican Jourl of Psychology*, 51(2), 181-189. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>
- Carrasco, A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 181-189. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>
- Chavarrita, J. (2015). Depresión: una enfermedad común en el adulto mayor. *Revista médica de Costa Rica y Centroamerica*, LXXII(615), 427-429. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc152zk.pdf>
- Crempien, C., Parra, G., Grez, M., Valdés, C., López, M., & Krause, M. (2017). Características sociodemográficas y clínicas de pacientes diagnosticados con depresión en Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de Santiago, Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55(1), 26-35. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v55n1/art04.pdf>
- De los Santos , P., & Carmona, S. (2018). Prevalencia de depresion en hombres y mujeres mayores en Mpexico y fctores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 1-23. doi:10.15517/psm.v15i2.29255
- De los Santos, P., & Carmona, S. (2018). Prevalencia de depresion en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 1-24. doi:10.15517/psm.v15i2.29255
- Escobedo, J. (2007). El dato en la investigación demográfica: una visión epistemológica. *Papeles de población*(54), 1-13. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v13n54/v13n54a2.pdf>
- Gatón, M., González , M., & Gaviria, M. (2015). Trastorno afectivos estacionales, "winter blues" seansonal affective disroder, "winter blues". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 367-380. doi: 10.4321/S0211-57352015000200010
- Gauchi Risso, V. (2017). Estudio de los métodos de inevestigación y tpecnicas de recoleccion de datós utilizadas en bibliotecnología y ciencia de la información. *Revista Española de documentación científica*, 40(2), 1-13. doi:10.3989/redc.2017.2.1333

- Gibran, K. (2012). *Dile adiós a la depresión*. México: Sista S.A. de C.V. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=fAKxDgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=depresi%C3%B3n+gibran&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiMwPmorJfwAhXKVzABHYYIDbcQ6AEwAHoECAEQAg#v=onepage&q&f=false>
- Gómez, C., & Campo, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ. Psychol*, 10(3), 735-743. Obtenido de file:///C:/Users/HP/Downloads/236-Texto%20del%20art%C3%ADculo-6130-1-10-20111222%20(1).pdf
- González Molejón, J. A., Valdés Álvarez, M., Iglesias Ruisanchez, S., García Álvarez, M., & González Bello, D. (2018). La depresión en el anciano. *NPunto*, 1(8). Obtenido de <https://orcid.org/0000-0002-5408-6263>
- González, C., Hermosillo, A., Vacío, M., Peralta, R., & Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica. *Boletín médico del Hospital infantil de México*, 72(2), 149-155. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v72n2/1665-1146-bmim-72-02-00149.pdf>
- Hernández Sampieri, R. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernández, R., Romero, D., Alcázar, D., Vogel, N., & Reyes, D. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de Psicología de Ciencias del Comportamiento*, 8(1), 15-28. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v8n1/2007-1833-rpcc-8-01-15.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2020). *Proyección poblacionales*. Ecuador: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
- Jadán, C. (2017). *Depresión en adolscentes de 14 y 16 años del colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja*. Loja: Universidad Nacional de Loja. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19702/1/Cristina%20Yasmin%20Jad%C3%A1n%20L%C3%B3pez.pdf>
- Jongsma, A., Peterson, M., & McInnis, W. (2006). *El planificador del adolescente tratamiento de psicoterapia*. Canadá. Obtenido de file:///C:/Users/HP/Downloads/Protocolo%20psicoterap%C3%A9utico.en.es%20(5).pdf

- Martha, M., Miguel, A., Gutiérrez, C., Nolberto, V., & Piscoya, J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *An Fac. med.*, 8(4), 393-397. doi:10.15381/anales.v78i4.14259
- Ministerios de Inclusión Económica y Social. (2013). *Agenda de igualdad para Adultos mayores*. Ecuador: Ministerios de Inclusión Económica y Social. Obtenido de [https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas\\_ADULTOS.pdf](https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf)
- Molés, M., Clavero, A., Lucas, M., & Folch, A. (2019). factores asociados a la depresion en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*, 18(55), 58-70. doi:10.6018/eglobal.18.3.324401
- Montoiro Rodríguez , R., Martínez Santos, A., & Rodríguez González, R. (2019). Depresión como factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer: evidencias y papel de enfermería. *Enfermería Global*, 18(55), 628-642. doi:10.6018/eglobal.18.3.346711
- Navarro, J., León, J., & Olazarán, K. (2015). La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. *America Latina Hoy*, 71, 103-118. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/308/30843703006.pdf>
- Navas, W. (2013). Depresión, el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. *Revista médica de Costa Rica y Centroamerica*, 495-501. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133t.pdf>
- Núñez, V. (2014). *Impacto de la depresión en el bienestar del adulto mayor en el centro de salud de Juan Benigno Vela*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7496/1/N%C3%BA%C3%B1ez%20Cabezas%20Ver%C3%B3nica%20Alexandra.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Temas de salud: Depresión*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Día Mundial de la Salud Mental*. Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/depression#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad%20que%20se%20caracteriza%20por%20una,durante%20al%20menos%20dos%20semanas.>
- Poblete-Valderrama, F., Matus- Castillo, C., Esteban, D.-S., Vidal Silva, P., & Ayala García, M. (2015). Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. *revista ciencias*

de la actividad física UCM, 16(2), 71-77. Obtenido de file:///C:/Users/HP/Downloads/80-Texto%20del%20art%C3%ADculo-245-1-10-20180620.pdf

- Runzer, F., Castro, G., Merino, A., Torres, C., Diaz, G., Perez, C., & Parodi, J. (2017). Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horizonte médico*, 17(3), 50-57. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v17n3/a09v17n3.pdf>
- Saavedra González, A., Rangel Torres, S. L., García de León, Á., Duarte Ortuño, A., Bello Hernández, Y., & Infante Sandoval, A. (2016). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Gayalejo, Tamaulipas, México. *Atención familiar*, 23(1), 24-28. doi:10.1016/S1405-8871(16)30073-6
- Salazar, A., Reyes, M., Plata, S., Galvis, P., Montalvo, C., Sánchez, E., . . . Ríos, J. (2015). prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(2), 176-183. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n2/v31n2a08.pdf>
- Segura, A., Cardona, D., Segura, Á., & Garzón, M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Revista Salud Pública*, 17(2), 184-194. doi:10.15446/rsap.v17n2.41295
- Sims, M., Ramírez, D., Pérez, K., & Gómez, K. (2017). Intervención psicológica en adulto mayores con depresión. *Humanidades médicas*, 17(2). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202017000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000200005)
- Sinchire, M. (2017). *Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016*. Loja: Universidad nacional de Loja. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19621/1/Factores%20que%20influyen%20en%20la%20depresi%C3%B3n%20en%20los%20adultos%20mayores%20que%20acuden%20a%20los%20centros%20gerontol%C3%B3gicos%20de.pdf>
- Soria, R., Soriano, M., Lara, N., & Mayen, A. (2018). Depresión en adultos mayores diferencias entre sexos. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 21(2), 682-697. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2018/epi182p.pdf>
- Sotelo, A., Rojas, J., Sánchez, C., & Irigoyen, A. (2012). Depresión en el adulto mayor, una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Arch Med Fam*, 14(5), 5-13. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2012/amf121b.pdf>
- Sun, F., Tang, Z., & Liu, F. (2008). Study on the relationship between somatic health and incidence of depression in the elderly. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 29(2), 121.

- Téllez, A., Juárez, D., Jaime, L., & García, C. (2016). Prevalencia de trastornos del sueño en relación con factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores de Monterrey, México. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 95-106. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/804/80444652007.pdf>
- Tello, T., Alarcón, R., & Vizcarra, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor. trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 342-350. doi:10.17843/rpmesp.2016.332.2211
- Terrazas, E., García, A., García, M., & García, M. J. (2011). Depresión, imprecisión diagnóstica y terapéutica. *Revista Asociación Española*, 31(3), 457-475. doi:10.4321/S0211-57352011000300005
- Valdivieso, J., & Quinche, Á. (2016). Depresión en Personas con Discapacidad y su relación con la Funcionalidad Familiar. *Revista electrónica de portales médicos*, 1-4. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/depresion-discapacidad-funcionalidad-familiar/>
- Vargas Ramos, L. (2016). Construcción de pruebas psicométricas: aplicaciones a las ciencias sociales y de la salud. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 10(2), 92-94. doi:10.19083/ridu.10.479
- Vargas, G., Gallegos, C., Salgado, C., Salazar, M., Huamán, K., Bonilla, C., . . . Caballero, P. (2019). Guía práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión en adultos en un hospital especializado en salud mental. *An Fac Med*, 80(1), 123-130. doi:10.15381/anales.v80i1.15882
- Vásquez, A. (2016). Propuesta de intervención psicoterapéutica, para tratar complejización, según el modelo integrativo focalizado en la personalidad. *Revista Universidad*, 54-60.
- Ventura León, J. (2017). La importancia de reportar la validez y confiabilidad en los instrumentos de medición: comentarios a Arancibia et al. *Revista médica de Chile*, 145(7), 954-956. doi:10.4067/s0034-98872017000700955

## Anexos



### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Usted ha sido invitado a participar en el estudio **PROPUESTA DE UN PLAN DE INTERVENCIÓN COGNITIVO- CONDUCTUAL PARA DISMINUCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES** a cargo del investigador ANDREA CRISTINA GARCIA PILATAXI, de la Maestría en Psicología mención en Intervención de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación que tiene como objetivo:

- Proponer un plan de intervención cognitivo conductual para a disminución de la depresión en Adultos Mayores de la Ciudad de Baños de Agua Santa

#### **Evaluación y devolución de resultados.**

Los participantes al firmar el presente documento nos permitirán usar su nombre, edad, género y resultados de test de vesavage como parte del respaldo de la presente investigación.

**Beneficio del participante en el proceso: conocer el diagnostico de su estado actual de depresión geriátrica, conocer de las propuestas de intervención para disminuir la depresión geriátrica.**

Datos personales:

Nombre y apellidos completos:

\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ . Género: \_\_\_\_\_

Número de cédula: \_\_\_\_\_



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

**Cuadro 4. ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS VERSIÓN REDUCIDA).**

		SI	NO
1	¿ESTA SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0	1
2	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES?	1	0
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA?	1	0
4	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A?	1	0
5	¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?	0	1
6	¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1	0
7	¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?	0	1
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A?	1	0
9	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1	0
10	¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?	1	0
11	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0	1
12	¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1	0
13	¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA?	0	1
14	¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1	0
15	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?	1	0
PUNTUACION TOTAL _____			

**Puntuación total: 15 puntos**

**PUNTOS DE CORTE:**

No depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

**Tiempo de administración:** 10-15 minutos.

**Normas de aplicación:** El evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada). La respuesta debe ser "sí" o "no" y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior